COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64129845
RC532 .J253 1894 Etat mental des hyst

RECAP

THE LIBRARIES

COLUMBIA UNIVERSITY

MEDICAL LIBRARY

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

DE MM.

J.-M. CHARCOT

Professeur à la Faculté de médecine
de Paris,
membre de l'Institut.

G.-M. DEBOVE

Professeur à la Faculté de médecine
de Paris,
membre de l'Académie de médecine,
médecin de l'hôpital Andral.

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE CHARCOT-DEBOVE

VOLUMES PARUS DANS LA COLLECTION

V. Hanot. La Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique.
G.-M. Debove et **Courtois-Suffit.** Traitement des pleurésies purulentes.
J. Comby. Le Rachitisme.
Ch. Talamon. Appendicite et Périty-phlite.
G.-M. Debove et **Rémond** (de Metz). Lavage de l'estomac.
J. Seglas. Des Troubles du langage chez les aliénés.
A. Sallard. Les Amygdalites aiguës.
L. Dreyfus-Brissac et **I. Bruhl.** Phtisie aiguë.
P. Sollier. Les Troubles de la mémoire.
De Sinety. De la Stérilité chez la femme et de son traitement.
G.-M. Debove et **J. Renault.** Ulcère de l'estomac.
G. Daremberg. Traitement de la Phtisie pulmonaire. 2 vol.
Ch. Luzet. La Chlorose.
E. Mosny. Broncho-Pneumonie.
A. Mathieu. Neurasthénie.
N. Gamaleïa. Les Poisons bactériens.
H. Bourges. La Diphtérie.
Paul Blocq. Les Troubles de la marche dans les maladies nerveuses.
P. Yvon. Notions de pharmacie nécessaires au médecin. 2 vol.
L. Galliard. Le Pneumothorax.
E. Trouessart. La Thérapeutique antiseptique.
Juhel-Rénoy. Traitement de la fièvre typhoïde.
J. Gasser. Les Causes de la fièvre typhoïde.
G. Patein. Les Purgatifs.
A. Auvard et **E. Gaubet.** Anesthésie chirurgicale et obstétricale
L. Catrin. Le Paludisme chronique.
Labadie-Lagrave. Pathogénie et traitement des Néphrites et du mal de Bright.
E. Ozenne. Les Hémorroïdes.
Pierre Janet. État mental des hystériques. — Les stigmates mentaux.
H. Luc. Les Névropathies laryngées.
R. du Castel. Tuberculoses cutanées.
J. Comby. Les Oreillons.
Chambard. Les Morphinomanes.
J. Arnould. La Désinfection publique.
Achalme. Érysipèle.
P. Boulloche. Les Angines a fausses membranes.
E. Lecorché. Traitement du diabète sucré.
Barbier. La Rougeole.
M. Boulay. Pneumonie lobaire aiguë, 2 vol.
A. Sallard. Hypertrophie des amygdales.
Richardière. La Coqueluche.
G. André. Hypertrophie du cœur.
E. Barié. Bruits de souffle et bruits de galop.
L. Galliard. Le Choléra.
Polin et **Labit.** Hygiène alimentaire.
Boiffin. Tumeurs fibreuses de l'utérus
P. Janet. Etat mental des hystériques. — Accidents mentaux.

POUR PARAITRE PROCHAINEMENT

Ménard. Coxalgie tuberculeuse.
L. Capitan. Thérapeutique des maladies infectieuses.
Legrain. Microscopie clinique.
F. Verchère. La Blennorrhagie chez la femme. 2 vol.
H. Gillet. Rythmes des bruits du cœur (physiologie et pathologie).
P. de Molènes. Traitement des affections de la peau. 2 vol.
G. Martin. Myopie, Hyperopie, Astigmatisme.
Garnier. Chimie médicale.
F. Legueu. Chirurgie des reins et de l'uretère.
Bláche. Formulaire des maladies de l'enfance.
Ch. Monod et **J. Jayle.** Cancer du sein.
L. Rondot. Le Régime lacté.
P. Mauclaire. Ostéomyélites de la croissance.
A. Reverdin (de Genève). Antisepsie chirurgicale.
Guermonprez (de Lille) et **Béoue** (de Cassel). Actynomicose.
Robin. Ruptures du cœur.

Chaque volume se vend séparément. Relié : **3** fr. **50**

ÉTAT MENTAL

DES

HYSTÉRIQUES

LES ACCIDENTS MENTAUX

PAR

PIERRE JANET
Ancien élève de l'École normale supérieure
Professeur agrégé de philosophie au collège Rollin
Docteur ès lettres
Docteur en médecine

AVEC 5 FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS
RUEFF ET Cie, ÉDITEURS
106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106
1894

Tous droits réservés

RC532
J253
1894

ACCIDENTS MENTAUX

DES

HYSTÉRIQUES

INTRODUCTION

Une même malade, pendant le développement de l'hystérie, peut présenter toutes sortes d'accidents extrêmement nombreux et extrêmement variés. Nous n'avons aucunement la prétention de les décrire tous, ni d'étudier en détail les méthodes qui permettent de faire, dans chaque cas particulier, le diagnostic difficile de tel ou tel accident hystérique. D'innombrables mémoires ont été publiés sur ces études et les traités remarquables de l'hystérie qui ont paru récemment les ont réunis et complétés. Nous désirons simplement attirer l'attention sur un caractère qui fait partie intégrante de la plupart des accidents hystériques. Un accident hystérique n'est pas uniquement un accident physique, il est en même temps un accident moral. La perturbation n'existe pas seulement dans les membres ou dans les parties inférieures du système nerveux, elle

existe aussi dans les parties de l'écorce cérébrale qui président aux fonctions psychologiques, et un certain trouble de ces fonctions psychologiques joue un rôle important dans tout accident hystérique.

Ce trouble mental est évident dans certains accidents, tels que des somnambulismes ou des délires, il se dissimule dans d'autres cas. M. Charcot, dans ses leçons célèbres sur les paralysies hystériques de cause psychique, a montré qu'il fallait, même dans des cas de ce genre, rechercher le trouble psychologique et montrer son rôle extrêmement important. Nous voudrions, dans cet ouvrage, suivre le conseil qui a été donné par notre éminent maître, et, sans nier l'existence de toutes sortes d'altérations organiques qui peuvent se rencontrer dans l'hystérie, mettre en évidence la perturbation psychologique qui les accompagne toujours. Cette étude nous permettra d'abord de compléter la description clinique d'un accident hystérique, en ajoutant à la description extérieure du malade l'analyse d'un symptôme intérieur et moral qui ne doit pas être oublié.

Mais peut-être cette étude pourra-t-elle avoir un autre avantage. Les accidents de l'hystérie paraissent, au premier abord, indéfiniment variés et semblent, dans bien des cas, se rattacher difficilement les uns aux autres. Nous pensons que ces accidents sont beaucoup moins dissemblables, présentent une bien plus grande unité, quand on examine leur aspect moral, au lieu d'étudier uniquemént leur aspect extérieur et physique. Cette ressemblance apparaîtra, croyons-nous, très facilement; il ne sera pas nécessaire, pour la faire voir, de réunir les faits par des théories ou des interprétations psychologiques, il suffira de juxtaposer les observations. Ce livre n'est qu'un recueil d'observa-

tions psychologiques recueillies sur les hystériques et rapprochées les unes des autres. Nous espérons apporter ainsi une légère contribution à l'étude de l'hystérie et ajouter une nouvelle preuve à cette conception de l'unité de la maladie hystérique, qui a été depuis longtemps soutenue par les plus éminents cliniciens.

Enfin l'analyse de ces phénomènes moraux nous permettra de les distinguer de tous les autres troubles de l'esprit dont ils semblent se rapprocher. Toutes les maladies mentales ne se confondent pas les unes avec les autres. Si l'hystérique présente dans ses divers accidents des troubles de l'esprit, ce n'est pas la caractériser suffisamment que de l'appeler simplement une aliénée ; elle n'est pas une aliénée comme toutes les autres. Sans doute, ce diagnostic est difficile, il demanderait une analyse psychologique des différentes formes de l'aliénation qui est bien loin d'être achevée. Nous espérons seulement avoir indiqué quelques traits qui permettent de caractériser certains phénomènes hystériques. Les progrès de la psychologie médicale ne tarderont pas à préciser ces études. Cette science donnera la solution d'un problème que nous avons seulement indiqué, et marquera la place de l'hystérie dans une classification des maladies mentales.

Paris, 1er Juin 1893.

CHAPITRE PREMIER

LA SUGGESTION ET LES ACTES SUBCONSCIENTS

Si on examine la conduite et la pensée de certains malades et en particulier des hystériques, on remarque bien vite que chez eux *certaines idées* ne se comportent pas comme les autres. Tandis que les pensées ordinaires, les sensations provoquées par la vue des objets, les pensées éveillées continuellement par les conversations restent modérées, simples, en équilibre avec tous les autres phénomènes psychologiques, une pensée particulière prend tout à coup une importance démesurée, disproportionnée par rapport aux autres et joue dans la vie du sujet un rôle considérable. Ce fait a été bien souvent remarqué et signalé par tous les observateurs. Ils se sont attachés à décrire et à démontrer cette influence de certaines idées qu'ils ont désignée, suivant les époques, par différents noms : tantôt ils parlaient simplement d'une action *du moral sur le physique*, de l'esprit sur le corps, tantôt ils décrivaient la *puissance de l'imagination*, aujourd'hui ils emploient le mot plus à la mode de *suggestion* emprunté à la langue des magnétiseurs. La connaissance de ces suggestions provoquées artificiellement nous paraît l'introduction nécessaire à l'étude des idées fixes développées naturellement. Nous chercherons surtout à distinguer les suggestions de tout ce qui a été souvent confondu avec elles et nous essayerons de reconnaître les conditions dans lesquelles ces phénomènes se produisent.

§ I. — DESCRIPTION ET CLASSIFICATION

Beaucoup de philosophes et la plupart des anciens magnétiseurs, parmi lesquels se trouvaient des observateurs de grande valeur, ont très bien et très souvent signalé cette prépondérance de certaines idées. Nous ne pouvons reproduire ici les descriptions des Puységur, des Deleuze, des Braid, des Charpignon, etc., ni reprendre un historique de la suggestion que nous avons déjà fait ailleurs[1]; il faut se contenter d'en répéter la conclusion : « Rien ne serait plus facile pour tous les phénomènes sans exception qui ont été signalés comme des nouveautés dans les ouvrages d'hypnotisme moderne que d'emprunter de nombreux exemples aux ouvrages des magnétiseurs français, en particulier à ceux qui ont été publiés de 1850 à 1870. »

Parmi les sujets qui ont été observés par ces auteurs, beaucoup, sans aucun doute, devaient être des hystériques, cela est quelquefois évident, mais, en général, il n'est pas facile de faire ce diagnostic rétrospectif. Dans d'autres livres, où le caractère pathologique des sujets est plus évident et plus reconnu, on trouve également de nombreuses descriptions du phénomène de la suggestion. On m'accordera bien que les anciennes possédées qui se roulaient en convulsions et se courbaient en arc de cercle devant le prêtre étaient des hystériques et l'on peut considérer quelques-uns des comptes rendus des exorcismes comme la description d'une expérience de suggestion. On dit au démon : « Étends le pied droit de cette femme », et il l'étendit tout raide ; un docteur de Sorbonne lui dit : « Cause lui du froid aux genoux », la femme répondit qu'elle y sentait un grand froid. On lui commanda de faire sept fois le signe de la croix avec sa langue, il obéit, etc.[2] ».

Des faits de ce genre sont décrits dans beaucoup d'ou-

1. *Automatisme psychologique*, 1889, 141, 245, 271.

2. Dom. Calmet. *Traité sur l'apparition des esprits et sur les vampires*, 1751, I, 212.

vrages anciens[1], mais il faut arriver à des périodes plus récentes pour que la véritable nature de ces phénomènes soit reconnue. Brodie, en 1837, montre l'importance que prouvent certaines idées chez les hystériques; Despine en 1840, montre chez une hystérique, Estelle, tous les genres d'automatisme, en particulier, l'*imitation spéculaire*, « la main opposée de la malade suivait tous les mouvements de ma main[2] ». Russell Reynolds, en 1869, étudie les paralysies *dependent of idea*. Hack Tuke en 1872, Ch. Richet en 1875, montrent de nombreux exemples de suggestions faites à des névropathes. M. Charcot, surtout dans ses grandes leçons de 1884 et 1885 sur les monoplégies hystériques[3], a réuni la description et la théorie de ces phénomènes; il a montré un grand nombre de paralysies et de contractures survenant chez des hystériques à la suite d'une émotion et d'un « shock » et a démontré leur véritable nature en les reproduisant artificiellement sur d'autres sujets. Depuis, M. Paul Richer, dans « la grande hystérie », 1885, et tous les auteurs qui ont parlé de ces malades ont mis en relief leur remarquable suggestibilité. Dans le dernier livre de ce genre, M. Gilles de la Tourette résume tout l'état mental des hystériques « en un seul mot gros de conséquences, *la suggestibilité*[4] ». Peut-être ne serions-nous pas aussi affirmatif, car nous croyons qu'il existe dans l'hystérie un certain nombre d'altérations mentales antérieures à la suggestion, mais nous croyons qu'il y a dans cette pensée une grande part de vérité.

La plupart des études sur les suggestions ont été faites d'abord pendant un état particulier des sujets, le somnambulisme. Mais beaucoup d'auteurs ont remarqué que ce

1. Par exemple, Beauchêne : *de l'influence des affections de l'âme...* an VII, 141. — Demangeon. *De l'imagination dans ses effets sur l'homme et les animaux*, 1829, 58.

2. Despine (d'Aix). *Le magnétisme animal dans le traitement des maladies nerveuses*, 1840, 144.

3. Charcot. *Mal. du syst. nerveux*, III, 342.

4. Gilles de la Tourette. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1891, 492.

fait se produit chez certains sujets sans qu'il soit nécessaire de provoquer le somnambulisme. M. Ch. Richet[1] en 1882, M. Bernheim en 1884[2], M. Charcot en 1885 ont décrit de nombreux exemples de suggestions faites pendant la veille. J'ai pu me convaincre que ce phénomène était très général chez les hystériques[3]. Cette remarque, très importante pour la conception de l'hystérie, facilite aussi l'étude de la suggestion. Elle nous permet de séparer à peu près complètement la suggestion du somnambulisme, de l'étudier en elle-même, pendant la veille, sans la compliquer en y ajoutant des éléments étrangers. Toutes les suggestions dont il sera parlé dans ce chapitre, à moins d'indications spéciales, sont donc faites pendant la veille. L'idée dont nous voulons étudier le développement anormal et exagéré est indiquée au sujet par un moyen d'expression quelconque, le plus souvent par la parole. Cette reproduction expérimentale des idées exagérées des hystériques va nous permettre d'abord de les répartir en quelques grandes classes et de faire quelques remarques sur chacune d'elles.

Il est difficile de classer tous les phénomènes que l'on peut produire par la suggestion; car, d'un côté, ils sont innombrables et extrêmement variés et, de l'autre, ils se mélangent sans cesse les uns avec les autres sans présenter de différences bien tranchées. Le meilleur moyen de les énumérer nous paraît être de les ranger d'après leur ordre de complexité croissante et de distinguer : 1° des *suggestions négatives*; 2° des *suggestions positives élémentaires*; 3° des *suggestions complexes*; 4° des *suggestions générales*.

1° *Suggestions négatives*. — Par différents procédés et, chez les sujets très sensibles, par simple affirmation, on peut supprimer en apparence complètement des phéno-

1. Ch. Richet. *Bulletin de la Société de biologie*, 1882, 21. *L'homme et l'intelligence*, 1883, 523.

2. Bernheim. *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, 1884.

3. *Automatisme psychologique*, 1889, 173.

mènes psychologiques qui paraissaient jusque-là se produire normalement. On peut faire naître des anesthésies de diverses espèces, des amnésies, des paralysies; en un mot, on peut produire artificiellement des phénomènes analogues aux stigmates ordinaires de l'hystérie.

Si on affirme au sujet qu'il ne sent plus, qu'il a perdu l'usage de ses sens, on voit apparaître toutes les formes d'anesthésie : le sujet peut être totalement insensible, ou aveugle, ou sourd et ces insensibilités sont assez profondes pour que des excitations violentes, des piqûres, des brûlures ne provoquent plus aucune réaction. Une forte lumière projetée directement dans les yeux de Lucie la fait d'ordinaire tomber en catalepsie, quand je lui ai suggéré qu'elle est aveugle, elle ne détourne même pas le regard et continue à parler avec indifférence. Cette expérience rappelle celle de MM. Binet et Féré qui ont fait disparaître par suggestion un gong dont le bruit n'était plus alors entendu par le malade et ne provoquait plus la catalepsie. Quand la peau a été ainsi rendue insensible, il arrive quelquefois que les points hystérogènes ont aussi totalement perdu leur influence ordinaire; quelquefois cependant la pression exercée sur ces points, quoique non sentie par le sujet n'en amène pas moins l'attaque. Ces anesthésies suggérées peuvent aussi prendre la forme localisée : on peut dessiner sur un bras ordinairement sensible des carrés en affirmant au sujet qu'il ne sent plus rien à l'intérieur de ces figures. Quoiqu'il ait la tête détournée et semble ne pas se rendre compte de l'endroit où il est piqué, il se plaint toutes les fois qu'on le pique en dehors de ce carré et ne sent rien quand la piqûre est à l'intérieur. Enfin les anesthésies suggérées peuvent être systématisées et n'enlever au sujet qu'un certain nombre, un certain système de sensations ou d'images en laissant parvenir à la conscience la connaissance de tous les autres phénomènes fournis par ce même sens. Cette expérience très curieuse a été l'objet d'un grand nombre d'études aussi bien de la part des anciens magnétiseurs que des

modernes hypnotiseurs[1]. J'ai décrit autrefois, au début de mes études sur l'anesthésie, un grand nombre d'observations sur ce fait[2], je crois inutile de les répéter ici car ce sont des recherches plus psychologiques que cliniques. Les amnésies peuvent être provoquées de la même manière que les anesthésies; on pourrait sans aucun doute provoquer des amnésies générales, quoique cela ait été fait rarement; plus souvent on suggère au malade d'oublier une période de sa vie ou bien certains événements déterminés. J'ai connu une hystérique qui, pendant quinze ans, a oublié certains événements graves de sa vie dont un magnétiseur lui avait supprimé le souvenir. L'amnésie systématisée est encore ici intéressante et, grâce à elle, le sujet qui conserve toute son intelligence a perdu la mémoire d'un acte, d'un mot, de son nom même, tandis qu'il se souvient de tout le reste[3].

Enfin il est tout naturel que l'on puisse suggérer des paralysies variées qui ne sont ici qu'une variante des amnésies précédentes. On sait comment M. Charcot, dans ses leçons de 1884, provoquait sur des hystériques éveillées et même sur une hystérique éveillée, Hab, des monoplégies expérimentales pour montrer la véritable nature des accidents traumatiques de Pin. et de Porc. M. Charcot remarquait fort bien et avec beaucoup de prudence que ces paralysies suggérées peuvent différer d'aspect et suivant les sujets s'accompagner ou non d'anesthésie tactile et musculaire[4]. Je l'ai vue quelquefois en effet se produire seule sans anesthésie, comme cela arrive d'ailleurs exceptionnellement, même dans les paralysies naturelles par traumatisme. Il y a eu cette année dans le service de la Salpêtrière un exemple de ce genre, mais cela est certainement rare et M. Charcot a bien décrit la forme générale de ces mono-

1. Voir l'historique de cette question. *Autom. psych.*, 271.

2. L'anesthésie systématisée et la dissociation des phén. psychol. *Revue philosophique*, 1887, I, 449.

3. Ch. Richet. Expériences d'amnésie. *L'homme et l'intelligence*, 1884, 539. — Paul Richer. *La grande hystérie*, 1885, 740.

4. Charcot. *Mal. syst. nerv.*, III, 353.

plégies suggérées; elles s'accompagnent d'une anesthésie tactile et surtout musculaire de tout le membre limitée par une ligne à peu près circulaire et perpendiculaire à l'axe du membre[1]. Les choses se sont passées ainsi chez plusieurs sujets à qui j'avais fait cette suggestion pour la première fois.

Les anciens magnétiseurs avaient déjà remarqué que l'on peut défendre à un sujet de faire un certain mouvement, de prononcer tel mot, ou d'écrire telle lettre. « Un individu ne peut arriver à écrire la lettre A, il la supprime quand il écrit son nom[2]. » Il est facile de comprendre comment un sujet qui peut faire de son bras tous les mouvements possibles, sauf ceux qui sont nécessaires pour écrire un A, ressemble au sujet qui peut avec son œil voir tous les objets, sauf une seule personne désignée[3].

Tous ces phénomènes produits par la suggestion négative ressemblent fort aux stigmates naturels de l'hystérie. Il ne faudrait cependant pas trop se hâter de conclure à une identité absolue.

2° *Suggestions positives élémentaires.* — Une idée suggérée par la parole au lieu de supprimer des phénomènes psychologiques réels les produit et les augmente. On peut suggérer ainsi des attitudes et des mouvements, commander au sujet de maintenir son bras en l'air ou de répéter indéfiniment une même oscillation. Il le fera sans pouvoir spontanément ni baisser son bras ni arrêter le mouvement; dans certains cas, cette attitude permanente deviendra une vraie contracture. Ce phénomène ressemble un peu aux catalepsies partielles que nous avons déjà étudiées; en réalité, les différences psychologiques sont assez profondes[4]. On n'observe ici, à moins d'éducation spéciale, ni la même anesthésie[5], ni la même immobilité sans

1. Charcot. *Mal. syst. nerv.*, III, 348.
2. Dr Philips (Durand de Gros). *Cours de Braidisme*, 1860, 120.
3. *Autom. psych.*, 356, 357.
4. *Autom. psych.*, 146.
5. Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie*, II, 348.

fatigue, ni la même inconscience. On peut provoquer aussi, par ce moyen, un nouveau phénomène, l'hallucination : le sujet exprime par son attitude et ses paroles, qu'il éprouve à propos de ces suggestions, toutes espèces de sensations fausses. On lui fait entendre ainsi le son des cloches, des chants, des fanfares, on lui fait voir des fleurs, des oiseaux, sentir des odeurs, apprécier des goûts, soulever des fardeaux imaginaires, etc. En un mot on provoque dans sa conscience tous les phénomènes qui d'ordinaire correspondent à des impressions réelles faites sur les différents sens. Ces hallucinations sont ordinairement violentes et aussi vives que seraient de véritables sensations. Quelquefois, au contraire, l'hallucination sera faible, en apparence lointaine, et pourra se comporter comme un souvenir faux plutôt que comme une sensation fausse. « Dans le somnambulisme et l'hypnotisme, disait autrefois M. Taine[1], le patient qui est devenu très sensible à la suggestion est sujet à de semblables illusions de la mémoire; on lui annonce qu'il a commis tel crime et sa figure exprime l'horreur et l'effroi. »

Les mouvements et les hallucinations suggérées sont des phénomènes du même genre qui s'accompagnent à peu près continuellement et présentent un développement parallèle[2].

3° *Suggestions complexes.* — Les suggestions sont rarement aussi primitives, elles renferment presque toujours un certain nombre d'images et de mouvements. Si l'on suggère à Berthe qu'elle est au bal, elle cesse de voir la chambre où elle se trouve et les objets qu'elle renferme, c'est la partie négative de la suggestion ; elle voit une salle de bal, des personnes, des costumes, elle rit, elle salue et danse, etc. Il y a là un ensemble considérable de phénomènes psychologiques qui se développe dans son esprit. On trouverait dans tous les ouvrages de nombreux exemples de ces suggestions qui se compliquent spontanément. C'est là ce qui rend souvent ces rêves mimés si amusants quand

1. Taine. *Intelligence*, 3e édit., 1878, II, 222.
2. *Autom. psych.*, 148.

on a affaire à un sujet vif et assez intelligent. Je ne veux insister que sur un point, c'est l'association étroite qui existe entre les différents éléments de ces rêves. Quand à plusieurs jours d'intervalle, on répète au même sujet la même suggestion, on obtient à peu près exactement la même scène : les mêmes actes, les mêmes paroles se reproduisent au même moment. Il y a là une série de faits enchaînés les uns aux autres d'une façon presque indissoluble.

Quelquefois, cette union de phénomènes différents amène des détails curieux qui ont été signalés à plusieurs reprises : des frissons, des nausées et même des vomissements peuvent former partie intégrante de ces rêves et sont provoqués par de certaines images. Des mouvements de la bouche, des narines, des sourcils, des paupières accompagnent certaines hallucinations. La sensibilité ou l'insensibilité de la cornée, des mouvements même de la pupille se produisent quand le sujet a telle ou telle hallucination, quand il croit regarder tout près ou très loin[1]. Tout l'organisme comme tout l'esprit semble prendre part à la suggestion.

De cette association des images dans une suggestion complexe, résulte un phénomène extrêmement grave, c'est qu'il suffit de faire naître d'une façon quelconque dans l'esprit du sujet un des termes de cette série pour qu'aussitôt tous les autres se produisent régulièrement à la suite. Or, dans de pareilles suggestions complexes, soit qu'on l'ait voulu expressément, soit que cela résulte du hasard, entrent souvent de véritables sensations qui font partie de la chaîne des phénomènes. Une douleur dans un membre, la sensation de choc est associée de cette façon avec l'idée de maladie, de fracture, d'impotence, et M. Charcot a montré, il y a quelques années, à une époque où tous ces phénomènes psychologiques étaient bien moins connus qu'aujourd'hui, « que l'on peut produire des paralysies du bras chez les malades suggestibles, non plus cette fois au moyen d'une injonction, mais en faisant intervenir un agent ana-

1. Féré. *Arch. neurol.*, 1882, I, 286.

logue à celui qui a déterminé la monoplégie aussi bien chez Porcz, que chez Pin, c'est-à-dire un simple choc sur l'épaule[1]. »

Si je dis à Marie qu'elle verra un papillon traverser la chambre quand l'heure sonnera, ou qu'elle verra un oiseau sur l'appui de la fenêtre : elle ne voit le papillon qu'au moment où l'heure sonne et n'aperçoit l'oiseau que sur l'appui de la fenêtre et non ailleurs. Un mot qui a été prononcé, un signe, un attouchement d'une partie du corps sont incorporés dans l'ensemble de la suggestion. Et dorénavant, il suffira de provoquer volontairement ou involontairement cette même sensation pour que la suite de la suggestion se déroule quelquefois au grand étonnement de l'opérateur qui croit constater la manifestation d'une loi physiologique très extraordinaire. Si, au moment où vous faites naître dans l'esprit des images gaies qui provoquent le rire, vous pressez un point déterminé du corps, il va se produire dans la suite un fait étrange, c'est que le sujet se mettra à rire toutes les fois que l'on touchera le même point : il faut éviter d'inventer à ce propos un point idéogène. Ces sensations qui font partie d'une suggestion complexe et qui, par leur seule présence, en amènent tout le développement ont reçu un nom bien significatif. On les a appelés des *points de repère* et les suggestions où elles interviennent des *suggestions à points de repère*. Elles sont des plus importantes et pour produire et pour expliquer certains faits; il est, à mon avis, impossible de rien comprendre aux divers accidents de l'hystérie si on n'a pas constamment présente à l'esprit la pensée de ce phénomène. Je ne signale ici que des exemples empruntés aux suggestions artificielles. Voici une expérience bien connue qui s'explique de cette manière : on montre à un sujet un portrait imaginaire sur une carte en apparence toute blanche, et on confond ensuite cette carte avec plusieurs autres; le sujet retrouve presque toujours le portrait sur la même carte qu'on lui a montrée et dans la même position,

1. Charcot. *Mal. du syst. nerv.*, III, 354.

c'est qu'il reconnaît sans doute le papier à quelques petits signes caractéristiques. En effet, le sujet se trompe dès que l'on choisit des papiers bien semblables et quand on évite de froisser celui qu'on lui présente. MM. Binet et Féré, dans leurs expériences si originales de la lorgnette, du miroir, du prisme[1], ont montré que si le point de repère varie d'une manière quelconque, grandit, diminue, se dédouble, l'hallucination aura exactement le même sort. Si on a montré à Lucie un serpent enroulé autour de la lampe, elle verra dans la glace un second serpent ainsi qu'une seconde lampe. J'ai rapporté ailleurs bien d'autres exemples de ce même phénomène, je ne les rappelle ici que pour montrer sa très grande importance pratique.

4° *Suggestions générales.* — Je donne ce nom à un dernier degré de complication de la suggestion. Les phénomènes psychologiques qui la composent deviennent si nombreux qu'ils remplissent complètement l'esprit et le transforment entièrement. Un exemple tiendra lieu de description : Marguerite est une jeune fille de vingt-trois ans qui est à la Salpêtrière depuis plus d'un an et qui, par conséquent, nous connaît tous très bien. Elle a eu une série d'accidents hystériques, contracture, œdème bleu, attaques qui l'ont rendue fort malade ; elle présente tous les stigmates de l'hystérie, anesthésie tout à fait complète de tout le côté droit, anesthésie musculaire telle qu'elle est incapable de remuer son bras droit sans le voir et qu'elle le laisse dans des postures cataleptiques quand on le déplace à son insu, rétrécissement du champ visuel à 35 degrés, etc. Eh bien, je lui dis simplement, en insistant un peu sur ce simple mot : « Bonjour, Margot ». Elle a une petite secousse et elle change de visage. Comme elle me regarde d'un air étonné, je lui demande ce qu'elle a et ce qui l'inquiète : « Mais, je ne vous connais pas, monsieur. — Comment, tu viens de me voir ce matin. — Mais non, ce matin j'étais en classe et j'ai fait mes devoirs. » Surpris de ces réponses, je

1. Féré. *Archives de neurol.*, 1882, I, 295. — Binet et Féré. *Le magnétisme animal*, 1887, 167.

l'examine plus attentivement et je m'aperçois qu'elle a complètement oublié la Salpêtrière, sa propre maladie, tout ce qu'elle a fait dans ces dernières années et que, au contraire, elle se souvient de son enfance avec une précision étonnante. Bien plus, je constate qu'elle n'a plus aucun stigmate hystérique : elle crie dès que je pince son bras droit, elle le remue sans le voir et ne garde plus les poses cataleptiques, elle a un champ visuel qui est devenu absolument normal. Que s'est-il donc passé? Il suffit de lui demander son âge : « J'ai huit ans », nous dit-elle. Tout s'explique, le mot « Margot » est le nom qu'on lui donnait à la pension quand elle avait l'âge de huit ans, et ce mot prononcé par nous a réveillé dans son esprit tout le système énorme de souvenirs, d'images et même de sensations auquel il était lié. Même la sensibilité tactile et musculaire du côté droit, qui semblait disparue de la conscience, mais qui existait latente, comme nous le savons, s'est réveillée, s'est rattachée à la conscience personnelle pour reconstituer le système complet de Margot à huit ans à la pension. J'ai montré que l'on peut quelquefois ramener ainsi les sujets à différents âges et constater tous les états divers de la sensibilité par lesquels ils ont passé, ainsi que les causes de toutes les modifications. M. Pitres[1] a très bien étudié un état de délire, qu'il appelle *délire ecmnésique*, dans lequel le sujet semble revivre une période de sa vie passée. Il a constaté également que les stigmates hystériques présents disparaissent dans cette période de délire et que le malade, entièrement transformé, reprenait en entier un état psychologique antérieur.

On peut aussi rattacher à ces suggestions générales, les modifications de la personnalité que les magnétiseurs aimaient à produire dans leurs séances et que M. Ch. Richet[2] a si bien décrites. Le sujet, suivant le rêve qu'on lui suggère, se trouve transformé en prédicateur, en général d'armée, etc. Ce sont là, bien entendu, les mêmes phénomènes que pré-

1. Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie*, II, 293.
2. Ch. Richet. *L'homme et l'intelligence*, 1883, 233.

cédemment, mais ils ont grandi et peu à peu ont transformé tout l'esprit.

Je ne décrirai pas ici les effets physiologiques que peuvent avoir les suggestions; quelques-uns, comme les rubéfactions de la peau, les brûlures, les vésicatoires, sont aussi certains qu'ils sont étranges[1]. Leur étude amènera probablement plus tard l'intelligence des phénomènes organiques et viscéraux que l'on observe si souvent chez les hystériques. Dans cet ouvrage je n'ai pas à sortir de l'examen de leur état mental.

Cette revue rapide des phénomènes de suggestion nous a montré des faits en apparence très différents les uns des autres. Ils avaient tous, cependant, le grand caractère signalé au début. Ces idées, qui s'accompagnaient d'actes, d'hallucinations, de rêves complexes, de modifications de toute la personnalité, prenaient évidemment dans l'esprit une place exagérée. Elles dépassaient, elles effaçaient les autres pensées normalement développées. Cette description a permis de constater, sinon de comprendre, la suggestibilité qui est si générale et si forte chez les hystériques.

§ 2. — Caractères psychologiques de la suggestion.

Les suggestions ont-elles des caractères psychologiques qui leur soient propres? doivent-elles être distinguées des autres phénomènes qui se passent dans l'esprit humain? Certains auteurs l'ont nié complètement; ils ont dit que la suggestion était un fait moral quelconque et qu'il n'y avait aucune distinction à faire. « Je définis la suggestion, dit M. Bernheim : c'est l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui[2]. » Tout ce qui entre dans l'esprit par un sens quelconque, tout ce qui est provoqué par les associations d'idées, par la lecture, par l'enseignement, tout ce qui est inventé par le sujet lui-même,

1. *Autom. psych.*, 165.
2. Bernheim. *Hypnotisme*, 1891, 24.

toutes les croyances, quelle que soit leur origine, tout est suggestion. Tout homme raisonnable, disait à ce propos M. Babinski[1], serait constamment sous l'influence d'une suggestion. Cette façon d'exprimer les choses n'a pas été entièrement fâcheuse ; elle consistait à mettre en relief le caractère psychologique et moral du phénomène, en laissant de côté tous les autres détails. Mais, d'autre part, n'est-il pas dangereux de prendre ainsi le mot « suggestion » comme synonyme des anciens termes généraux « pensée, phénomène psychologique, conscience » ? Est-il prudent de ne tenir aucun compte des distinctions établies depuis des siècles par les philosophes entre les divers phénomènes psychologiques, sensation, image, association des idées, jugement, volonté, personnalité, etc., etc. ?

Il faut constater un autre inconvénient plus grave encore de cette confusion de langage : c'est qu'il existe un phénomène très précis, très distinct des autres faits psychologiques, qui a été désigné et par les anciens magnétiseurs et par les aliénistes sous le nom de « suggestion ». Ce phénomène ne doit être confondu ni avec les souvenirs, ni avec les associations d'idées ordinaires ; il a ses caractères spéciaux et surtout ses conséquences très particulières et très graves. Si le mot « suggestion » est déjà employé pour désigner une idée quelconque pénétrant n'importe comment dans l'esprit, il ne peut plus caractériser nettement ce phénomène spécial. On voit alors les confusions les plus étonnantes : on voit décrire sous le même nom la leçon d'un professeur à ses élèves et les hallucinations provoquées chez une hystérique. Les caractères observés dans un des faits sont attribués à l'autre, et réciproquement. Il n'est plus possible de distinguer la maladie mentale, qui est pourtant une triste réalité, de l'état psychologique normal.

Si l'on réserve le mot de suggestion aux faits qui ont été décrits dans le paragraphe précédent, il est très facile de remarquer que ce ne sont pas des faits psychologiques

1. Babinski. *Gazette hebdomadaire*, juillet 1891, 21.

absolument normaux et identiques à tous les autres. Ces paralysies, ces mouvements impulsifs, ces hallucinations à la suite d'un simple mot ne se retrouvent pas dans toutes nos pensées ordinaires. Même chez les personnes les plus suggestibles, la suggestion n'est pas perpétuelle, et elle se distingue très bien des autres pensées. Avec un peu d'habitude, il est très facile de voir, rien qu'à son aspect, si Marguerite est obsédée par une suggestion ou si elle a simplement ses pensées ordinaires. Quoique Berthe soit très facile, trop facile à suggestionner, on peut cependant causer avec elle tranquillement et lui raconter bien des choses sans qu'elle ait des hallucinations à chaque instant. L'observateur remarque très bien qu'il y a chez elles une différence entre ce qui est suggestion et ce qui ne l'est pas.

Bien plus, le sujet lui-même fait quelquefois cette remarque et il sait distinguer la suggestion de tous les autres faits moraux. Justine est aussi suggestible et hallucinable que possible, et cependant, quand j'essaye de lui faire une suggestion, il lui arrive quelquefois de me répondre un mot vulgaire, mais bien caractéristique : « Monsieur, je ne sais pas pourquoi, mais cela n'a pas pris. — Que voulez-vous dire? vous n'avez pas compris ce que je disais? — Si, j'ai très bien compris. — Alors, vous ne voulez pas faire cela, vous n'acceptez pas? — Moi, j'accepte tout ce que vous voulez, je ne demande pas mieux que de vous obéir et je vais le faire si vous voulez; seulement, je vous avertis, cela n'a pas pris. » Avec la définition précédente de la suggestion, ces réponses de la malade n'auraient aucun sens, l'idée ayant pénétré dans l'esprit et ayant été acceptée devrait être une suggestion. Et cependant, la malade a raison, elle a éprouvé des suggestions, elle sait ce que c'est, et quoiqu'elle accepte volontiers, avec une confiance et une obéissance absolues, cette idée nouvelle, elle sent que les choses ne se passent pas de la même manière et que ce n'est pas une suggestion. On sait la ressemblance qui existe entre la suggestion et les idées fixes; eh bien, les malades qui ont des idées fixes parlent de la même

manière. V..., ordinairement très tourmentée par ses obsessions, a été obligée de soigner pendant plusieurs jours son mari très malade : « J'ai été, me dit-elle, bourrelée d'inquiétudes, je pensais jour et nuit à un malheur possible. — Alors, cela vous a tourmentée comme vos anciennes idées? — Mais non, comment pouvez-vous comparer? c'est tout autre chose. » La suggestion doit donc avoir des caractères qui lui sont propres, puisqu'elle est si facilement distinguée.

Malheureusement, nous avons bien souvent des sentiments vagues qui nous permettent de distinguer les choses sans pouvoir dire précisément en quoi consiste la différence. C'est la difficulté de l'analyse scientifique quand il s'agit de phénomènes délicats. Je ne prétends pas pouvoir analyser complètement le fait si curieux de la suggestion, ni le distinguer nettement de ces autres phénomènes si mal connus, la croyance et l'acte volontaire, je voudrais au moins signaler le problème que d'autres résoudront d'une façon plus complète.

Dans les descriptions précédentes, la suggestion a été présentée comme un phénomène psychologique d'une importance exagérée. On peut quelquefois préciser un peu ce qui a donné au phénomène ce caractère apparent. Dans quelques observations, la *durée* du phénomène nous a semblé anormale et en disproportion avec le temps qu'occupent d'ordinaire des phénomènes analogues. Ailleurs, nous avons été frappés par la *fréquence des répétitions*, le fait se reproduisant de nouveau à chaque instant, tandis que, dans les conditions normales, il n'aurait eu lieu qu'un petit nombre de fois. Dans ces répétitions, il faut remarquer *la régularité* qui amène le *rythme et la périodicité* : ces propriétés très intéressantes sont caractéristiques des phénomènes physiologiques et psychologiques élémentaires et ne se retrouvent plus au même degré dans les actes proprement volontaires. Il faut aussi noter la *facilité* de ces reproductions du même phénomène : on dirait qu'il suffit de déclencher un ressort pour que des actes compliqués se produisent sans aucun

effort de la part du sujet. Tous les observateurs ont insisté sur le *passage* étonnamment *rapide de l'idée à l'acte*. Ces réflexions, ces hésitations qui nous arrêtent d'ordinaire au moment d'exécuter une idée sont complètement disparues. Enfin nous voyons que ces idées sont toujours accompagnées d'un sentiment de *conviction* et cela à un tel degré qu'elles paraissent toujours être *objectives*. Elles se transforment en objets et semblent faire partie non de la pensée intime, mais du monde extérieur. Cependant ces caractères ne nous montrent qu'une distinction de degré et non une vraie différence de nature.

Reprenons donc l'étude des différents faits de suggestion en commençant par les suggestions négatives. Si on prend comme exemple la suggestion curieuse d'anesthésie systématisée, on constate que le sujet semble avoir complètement perdu la vision d'un certain objet qu'on lui a interdit de voir, mais le plus simple examen montre que cette cécité est bien singulière et qu'elle est loin d'être absolue[1].

Je me suis attaché à montrer que cette persistance de la sensation malgré l'anesthésie systématisée était toujours nécessaire et incontestable[2]. Voici une expérience entre beaucoup d'autres : je mets sur les genoux de Lucie vingt petits papiers numérotés : « Vous ne verrez pas, lui dis-je, les papiers qui portent des chiffres multiples de trois. » Au bout de quelque temps, quand la suggestion semble « avoir pris », je demande au sujet de me remettre un à un les papiers qui sont sur ses genoux. Il m'en remet quatorze et en laisse six qu'il a bien soin de ne pas toucher; les six restants sont les multiples de trois. La malade prétend ne pas se souvenir que je lui aie commandé quelque chose et ne rien voir sur ses genoux. Cependant il faut pourtant bien se souvenir qu'il s'agit des multiples de trois et voir les chiffres pour reconnaître les papiers qui portent les multiples. Il est inutile de rappeler ici toutes les autres

1. Binet et Féré. *Magnétisme animal*, 1887, 236.

2. L'anesthésie systématisée et la dissociation des phén. psychol. *Revue philosophique*, 1887, I, 457. *Autom. psych.*, 276.

expériences du même genre au moyen desquelles nous avons pu mettre en évidence un caractère général des suggestions négatives. Qu'il s'agisse d'anesthésie même générale, d'amnésie, de paralysie systématique ou localisée, il y a toujours une certaine partie de la sensation, du souvenir, du mouvement qui est complètement conservée malgré la suggestion négative. Cette remarque ne nous surprend plus, car elle a déjà été étudiée à propos de tous les stigmates de l'hystérie, et cette partie du phénomène qui est conservée est bien connue, c'est la sensation ou l'image simple, élémentaire, le phénomène psychologique subconscient; ce qui est altéré dans la suggestion négative c'est la synthèse des phénomènes psychologiques, leur réunion avec la notion de la personnalité. Je suggère un jour à Léonie de *ne pas voir* M. Gibert qui entre dans la chambre. Ma suggestion ne réussit pas complètement puisqu'elle le *voit entrer*. Mais il y a eu cependant un certain effet de la suggestion et il est bien curieux : elle *ne le reconnaît pas* et le prend pour un personnage qu'elle n'a jamais vu. Qu'est-ce que le défaut de reconnaissance? Évidemment, la sensation actuelle n'est pas réunie aux innombrables souvenirs, aux sentiments, etc., que cette personne possédait réellement à propos de M. Gibert. Quand la suggestion va plus loin et supprime même la vision consciente, le phénomène reste cependant du même genre; seulement le défaut de synthèse est encore plus accentué. Non seulement la sensation nouvelle n'est pas réunie à certains souvenirs déterminés, mais elle n'est rattachée à aucune des sensations qui constituent à ce moment la personnalité du sujet. C'est pour cela que le sujet dit avec raison : « *Moi, je* ne vois pas, *je* ne me souviens pas, *je* ne puis remuer. »

Il y a donc deux grands caractères psychologiques de la suggestion négative : 1° *conservation des phénomènes subconscients et automatiques*; 2° *diminution ou suppression de la synthèse qui constitue la perception personnelle.*

Nous allons retrouver les mêmes caractères avec plus de netteté encore en étudiant les autres espèces de suggestion :

1° *Développement des phénomènes élémentaires.* Dans un petit nombre de suggestions extrêmement simples, par exemple, quand on se contente de maintenir en l'air le bras du sujet, on peut dire que l'on ne provoque dans l'esprit qu'un seul phénomène psychologique. Il aura déjà un caractère particulier, c'est la tendance à se prolonger, à subsister aussi longtemps que possible en maintenant toujours cette même position du bras à laquelle il correspond[1]. Mais, dans l'immense majorité des cas, une suggestion est un phénomène complexe et son premier caractère c'est qu'elle consiste dans le développement automatique de toutes les images contenues dans une idée.

Toute idée bien comprise, bien claire, est en réalité dans notre esprit un ensemble, un système d'images différentes, ayant chacune des propriétés spéciales et diversement coordonnées. Prenons par exemple cette pensée très simple qui s'exprime par ces mots : « faire le tour de la chambre ». Cette pensée renferme des images visuelles ou musculaires, suivant les cas, du mouvement des jambes, des images visuelles de l'aspect de la chambre au moment où l'on part, puis d'autres images motrices et d'autres images visuelles d'un nouvel aspect de la salle, et ainsi une longue suite de représentations variées jusqu'à une dernière qui reproduira le premier aspect de la salle. La pensée d'un bouquet de roses ou la pensée d'un chat renferme de même de nombreux éléments groupés les uns autour des autres dans une dépendance très étroite. Nous n'avons qu'à signaler dans ces idées la notion de la couleur des fleurs, la couleur et la forme du chat, puis de nombreuses images d'odorat, de tact, d'ouïe, etc., en un mot, comme je le disais, ces idées sont de véritables systèmes d'images. Le plus souvent, ces systèmes se reproduisent dans notre esprit d'une façon tout à fait partielle et abrégée; par exemple, l'image sonore ou kinesthésique du mot « fleur » ou du mot « chat » se reproduira seule, ou à peu près

1. *Autom. psych.*, 55 et sq.

seule et suffira pour représenter tout le système complexe dont elle n'est qu'un petit élément.

Dans les cas de suggestion que nous cherchons à analyser, nous voyons, au contraire, que des systèmes de ce genre, s'ils commencent une fois à se développer dans l'esprit, ne restent pas incomplets. Tous les détails constituants, images visuelles, images tactiles, images kinesthésiques réapparaissent à leur place de manière à reconstituer le système dans son ensemble.

Toutes les suggestions, depuis la plus simple jusqu'à la plus compliquée, sont du même genre. Si on ferme le poing à une malade extrêmement suggestible, elle va se mettre en colère; si on lui joint les mains, elle va se mettre à genoux et prier. C'est que ces deux sensations, celle du poing fermé et celle des mains jointes, sont des éléments de grands systèmes de pensées, qui ont été construits autrefois. Ces systèmes constituaient l'émotion de la colère et l'émotion religieuse et, aujourd'hui, il suffit de faire naître l'un des éléments pour que tous les autres réapparaissent sous forme d'images, et rétablissent l'émotion primitive avec ses expressions et ses mouvements. Prononçons devant une hystérique ce mot : « un bouquet de roses », la sensation de son qu'elle perçoit ne va pas rester seule dans son esprit. Elle n'est que le premier terme d'une série d'images qui ont déjà été associées ensemble pour constituer cette idée. Le sujet voit les roses, leur forme, leur couleur, il sent leur odeur, il croit les toucher, il se pique aux épines, etc. Faut-il s'étonner qu'il ait la croyance à la réalité de ce bouquet, qu'il croie à son objectivité? Mais cette croyance dépend en grande partie, chez tous les hommes, de la complexité des images qui font partie d'une pensée. « Nos représentations ordinaires, disait M. Souriau, nous paraissent internes parce qu'elles sont beaucoup moins complexes que les perceptions externes[1]. » L'hallucination, la croyance à la réalité objective, comme le mouvement

1. Souriau. Sensations et perceptions. *Rev. philosophique*, 1883, II, 175.

extérieur dépend de ce développement des images contenues dans une idée. A plus forte raison en est-il de même pour les suggestions générales, il s'agit là d'un système complet de pensée qui, en se réalisant, transforme momentanément tout l'esprit.

L'importance exagérée que nous avions constatée dans les idées suggérées peut maintenant se comprendre : la durée, la répétition de ces idées, leur transformation en actes et en hallucinations sont des conséquences du même phénomène : *Un système d'images* anciennes organisé est aujourd'hui reproduit, il *tend à vivre, c'est-à-dire à durer et à se développer complètement.*

2° *Diminution de la synthèse personnelle.* Le ssuggestions présentent un second caractère complémentaire du premier et tout aussi important. Ce développement de tous les termes contenus dans une idée n'est pas seulement complet, il est encore *automatique*; il n'est que *la répétition des pensées anciennes*, et il s'effectue *sans que le sujet en ait la perception personnelle.* Si l'on examine des cas de suggestion bien nets, et c'est évidemment ceux-là qu'il faut examiner en premier lieu, on est frappé de leur régularité mécanique. Si l'on répète à plusieurs reprises, même à de longs intervalles, la même suggestion, on constate que les actes, les paroles, les attitudes du sujet sont toujours exactement les mêmes. Le sujet fait le même nombre de pas, ne modifie en rien ses allures, même si les circonstances extérieures ont beaucoup changé. Si aujourd'hui je m'adresse à Léonie qui a près de cinquante ans, et si je lui suggère qu'elle est une princesse, elle va jouer de l'éventail, étaler « sa belle robe de velours noir », s'adresser à M. le marquis de Lauzun », etc. Or ce sont là minutieusement les mêmes paroles qu'elle prononçait il y a *trente ans*, quand M. le Dr Perrier (de Caen) lui donnait la même suggestion. Les images se déroulent dans son esprit exactement les mêmes, sans aucune originalité, ni aucune invention présente.

Si l'on considère des suggestions nouvelles exécutées

pour la première fois par le sujet, on retrouve encore le même caractère. Le sujet reproduit à propos de cette suggestion une idée ancienne, acquise antérieurement, et il la reproduit telle qu'il l'a acquise sans y ajouter actuellement aucune modification. Si nous faisons à deux personnes différentes, à Léonie et à Lucie la même suggestion, si nous leur faisons croire qu'elles sont changées en prêtre, nous voyons qu'elles ne composent pas leur rôle, mais qu'elles le récitent. Chacune laisse voir dans son attitude comment elle a conçu le prêtre autrefois : l'une est sérieuse, grave, elle parle d'un ton onctueux et bénit les assistants; l'autre grimace et veut entraîner des pénitentes au confessionnal d'une façon fort peu orthodoxe. Ce n'est pas une composition nouvelle, c'est le développement mécanique d'une idée ancienne.

L'automatisme se manifeste encore mieux si on examine la façon dont le sujet a conscience de l'acte suggéré. On voit qu'il s'en rend très mal compte, qu'il ne le comprend pas et qu'il ne le rattache pas à sa personnalité. Le premier fait qui ait été remarqué c'est que la plupart des suggestions sont complètement oubliées aussitôt après leur exécution[1]. Isabelle a été chercher son bouquet de roses, Berthe a joué avec son petit chien Finaud que je lui ai suggéré de voir dans ses bras, Marguerite s'est crue transportée à sa pension. Au bout de quelques minutes, ces rêves ont cessé spontanément ou bien ont été interrompus par moi; les sujets ont eu quelquefois une légère secousse comme s'ils se réveillaient et ont repris leur existence normale. Eh bien, à ce moment, on ne peut obtenir d'eux aucun renseignement sur ce qui vient de se passer; ils ne se souviennent de rien, et, si on insiste, ils refusent absolument de croire qu'ils ont éprouvé les hallucinations précédentes. Sans doute nous connaissons bien la nature de cette amnésie, nous savons que le souvenir peut être rappelé momentanément par une autre suggestion ou par un grand effort d'attention, nous savons que ce sou-

1. Beaunis. *Le somnambulisme provoqué*, 1887, 121.

venir peut se manifester par toutes sortes d'actes subconscients. Mais il n'en est pas moins incontestable que le sujet n'a pas spontanément la perception personnelle de ce souvenir, qu'il n'a pas rattaché la suggestion à sa propre personnalité.

Mais examinons ces suggestions au moment même où elles s'exécutent, nous verrons à un plus haut degré encore la même absence de perception personnelle. Berthe caresse son petit chien Finaud qu'elle croit sur ses genoux; elle paraît avoir le même état de conscience qu'à l'ordinaire, elle parle à son chien et semble avoir une certaine activité de pensée. Mais ce n'est là qu'une illusion : si on l'examine on remarque d'abord qu'elle n'a plus un état de sensibilité normale, au lieu d'être seulement anesthésique du côté gauche, elle est devenue anesthésique totale. Ses yeux semblent ne point voir, car elle ne distingue aucun objet placé devant elle; ses oreilles semblent ne point entendre, car les personnes qui lui parlent ne parviennent pas à obtenir de réponse. J'arrive un peu moi-même, et non sans difficulté, à me faire écouter, peut-être parce que, ayant donné la suggestion, je fais jusqu'à un certain point partie de son rêve. Mais j'obtiens des réponses bizarres, incohérentes : Berthe ne peut plus me dire son nom, ni son âge, ni son costume; elle ne sait plus où elle est, elle ne se souvient de rien. En un mot, l'ensemble des sensations et des souvenirs qui constituait sa personnalité semble disparu ou plutôt il semble qu'il n'y ait plus là de personnalité. Il n'y a plus dans cet esprit qu'une seule chose, l'idée envahissante du petit chien Finaud qui se développe complètement et isolément. Je ne serai pas surpris si tout à l'heure Berthe n'a aucun souvenir de ce rêve, puisque en réalité elle n'y a pas assisté. Ces caractères sont peut-être un peu plus nets chez Berthe, mais ils existent chez la plupart des hystériques : *la suggestion n'est rattachée à la personnalité ni par le souvenir quand elle est terminée, ni par la perception consciente pendant qu'elle s'exécute.*

Ces deux caractères, la répétition du passé et l'absence

de perception personnelle, peuvent être considérés comme les signes de l'automatisme opposé à l'activité volontaire. Sans doute, la volonté est très difficile à définir et soulève toutes sortes de problèmes philosophiques, mais elle peut pratiquement être reconnue à ces deux traits qui ont déjà été étudiés à propos de l'aboulie. Un acte volontaire est un acte, au moins en quelque partie, *nouveau*, qui, pour s'adapter à des circonstances nouvelles, réunit, synthétise certains éléments psychologiques n'ayant pas encore été groupés exactement de cette manière. C'est, en second lieu, un acte conscient et personnel ; il est de toutes manières rattaché à la notion que nous avons de notre personnalité : « C'est moi, disons-nous, qui avant de l'exécuter ai prévu cet acte ; c'est moi qui, au moment de l'accomplir, sens que je fais cette action ; c'est encore moi qui plus tard en garde le souvenir. Je le rattache de toutes manières à mon caractère, à mes sentiments et à mes idées, je le considère désormais comme faisant partie intégrante de ma personnalité. » Un phénomène automatique a les deux caractères inverses : il est essentiellement constitué par une association d'images qui se reproduisent régulièrement les unes à la suite des autres dans un certain ordre déterminé. Mais cet ordre n'est pas nouveau, cette juxtaposition régulière n'est que le résultat de la synthèse exécutée autrefois, qui a coordonné une fois pour toutes ces éléments et leur a donné cette tendance à s'évoquer les uns aux autres. En outre, ce phénomène n'est pas conscient de la même manière que l'acte volontaire ; nous ne disons pas à son propos : « Je, moi, M. un tel, je fais le mouvement de marcher, de manger, d'écrire. » Il ne provoque que des phénomènes de conscience isolés et ne rentre pas dans cette perception d'ensemble qu'on appelle la personnalité.

Dans la vie normale, ces deux catégories de phénomènes se mélangent constamment, aucun acte n'est entièrement volontaire sans doute, mais aucun n'est entièrement et jusqu'au bout automatique. Nous avons des souvenirs, des habitudes qui sont la reproduction d'actes passés, mais

ces phénomènes ne se développent pas en liberté ni d'une façon complète. Sans cesse la conscience personnelle et actuelle surveille, arrête ou modifie l'activité automatique et ancienne et la met en rapport avec les circonstances nouvelles. Les hommes ont sur ce point des forces de pensée bien différentes : beaucoup sont, comme les vieillards qui vivent par le passé plus que par le présent ; beaucoup ne savent pas lutter contre les idées qui les ont frappés et les acceptent avec une facilité très grande, mais tant qu'ils ne sont pas aliénés, ils gardent un certain pouvoir de perception personnelle pour les choses présentes ; ils cherchent à mettre un certain accord entre les idées acceptées trop vite et la perception de la réalité. Notre santé morale dépend de la limitation de ces deux activités psychologiques l'une par l'autre, de cet équilibre entre la force automatique du passé et l'effort conscient et volontaire du présent.

Ce qui caractérise le rêve, le délire, c'est que cet équilibre est entièrement rompu. Beaucoup de psychologues avaient été frappés de ce caractère : « Les rêves, disait Macario, ont une grande analogie avec les distractions qui sont pour ainsi dire les rêves de l'état de veille. Les uns et les autres découlent d'une série d'idées qui naissent, surgissent *d'une manière mécanique sans que l'âme y prête une attention délibérée*, de la confusion et le désordre que l'on découvre dans ces deux *états passifs* de l'esprit[1]. » Nous pensons qu'il en est de même pour la suggestion.

Ce qui caractérise la suggestion, c'est que cet équilibre est ici entièrement rompu. Il ne faut pas considérer comme des suggestions certains cas d'obéissance volontaire, de complaisance du sujet. Quand nous disons à un malade souffrant, pauvre, humble devant nous : « Allons, mon ami, pensez à guérir, pensez que vous êtes guéri, tenez les yeux fermés, faites semblant de dormir. » Ce malade fera tout ce que nous voudrons, et il aura raison, mais c'est une complaisance volontaire tout à fait raisonnable, tout à

1. Macario. *Du sommeil des rêves*, 1857, 292.

fait d'accord avec les désirs, la personnalité et la situation présente du malade. Cette docilité, cette confiance est un phénomène psychologique intéressant, sans doute, qui peut certainement être utilisé au point de vue thérapeutique, mais ce n'est pas le même fait que ce qui a été décrit dans ce chapitre sous le nom de suggestion. Dans d'autres cas, il peut y avoir un début de suggestion véritable, mêlé à de la complaisance volontaire du sujet qui cherche à jouer un rôle, à satisfaire son médecin. Il faut constater ces cas complexes, mais il ne faut pas fonder sur eux la description du phénomène. Qu'il s'agisse d'un phénomène moral ou d'un fait physique, il faut toujours commencer par analyser les cas les plus nets. Nous considérons comme les cas typiques de la *suggestion ces développements complets et automatiques d'une idée qui se font en dehors de la volonté et de la perception personnelle du sujet.*

§ 3. — Les actes subconscients.

Pour interpréter la suggestion, nous avons admis qu'elle présentait un caractère psychologique principal, son isolement des autres phénomènes psychologiques, son développement en dehors de la perception personnelle. Ce caractère a pu être constaté dans toutes les suggestions, mais il se montre d'une manière encore plus évidente dans certaines suggestions particulières. Les actes provoqués par ces procédés sont si nettement isolés, séparés de la personnalité, qu'ils méritent le nom *actes subconscients.* Leur étude, très importante en elle-même pour comprendre les accidents de l'hystérie, peut être considérée aussi comme une vérification des analyses précédentes.

Les actes subconscients peuvent être provoqués expérimentalement dans trois circonstances différentes : 1° quand on provoque des mouvements dans les membres *anesthésiques* ; 2° quand on produit les *suggestions par distrac-*

tion ; 3° quand on se sert de la *suggestion posthypnotique*. Il suffit de résumer brièvement la description de ces trois phénomènes avant d'examiner les caractères communs qui se retrouvent dans toutes les variétés d'actes subconscients.

1° Nous avons déjà décrit, sous le nom de *catalepsies partielles* des mouvements, des actes qui étaient exécutés à l'insu du sujet par des membres *anesthésiques*[1]. Ces actes semblaient nettement en rapport avec des sensations et des pensées, mais le sujet n'avait pas la conscience, la perception personnelle de ces idées, ni le sentiment d'accomplir une action ; ces phénomènes peuvent être considérés comme *des actes subconscients par anesthésie*. Il suffit de rappeler leur existence avant de passer à la description d'autres actions du même genre, mais bien plus complexes.

2° *Suggestions par distraction*[2]. Les suggestions précédemment étudiées étaient faites directement : nous nous mettions en face du sujet, nous le forcions à nous regarder, à nous écouter, à faire attention à nos paroles. Sans doute, au bout d'un certain temps, le sujet cessait de comprendre, de se rendre compte des choses qu'on lui commandait et de sa situation actuelle, mais au début, pendant quelques instants, il pouvait comprendre tout cela. Les suggestions dont il s'agit, maintenant, sont faites d'une manière en quelque sorte indirecte, sans que le sujet ait jamais, même au début, la notion de ce qu'on lui suggère. Je m'écarte du sujet et le laisse causer avec une autre personne ou reprendre son travail. En l'examinant de loin, je remarque bientôt qu'il m'a complètement oublié et qu'il se donne tout entier à sa nouvelle occupation. Déjà, à plusieurs reprises, on a remarqué comme les hystériques se fixent vite et complètement sur une nouvelle idée en oubliant toutes les autres, c'est une conséquence bien connue du rétrécissement de leur champ de conscience. A

1. *État mental des hystériques*, t. I. *Les stigmates mentaux*, p. 186.
2. Voir pour l'étude détaillée de ces suggestions : les actes inconscients. *Revue philosophique*, 1888, II, 249 et *Autom. psych.*, 1889, 237.

ce moment, je m'approche du sujet et, en évitant d'attirer son attention sur moi, je lui parle et lui fais des commandements. Il est bon, surtout au début de semblables suggestions, de se placer derrière le sujet, de parler à demi-voix et de suggérer des actes très simples que l'on compliquera peu à peu.

De tels commandements sont exécutés par le sujet sans que sa conversation soit interrompue, sans qu'il s'aperçoive ni de son action, ni de son obéissance.

3° *Les suggestions posthypnotiques.* — Quand un sujet est dans un état somnambulique quelconque, pourvu qu'il soit différent de la veille, on peut lui donner un commandement qui ne doit s'exécuter que plus tard à un moment où le sujet, sorti du somnambulisme, sera de nouveau dans l'état de veille ordinaire : c'est là ce que l'on peut appeler une suggestion posthypnotique. Elle présente un caractère très curieux, c'est que le sujet, au réveil, a oublié le somnambulisme et tous les commandements qu'on lui a faits. Comment une pareille suggestion, en apparence oubliée, pourra-t-elle être exécutée ?

Elle est exécutée, cependant, et à l'heure dite et avec tous les détails qui avaient été indiqués pendant l'état somnambulique. Quelquefois, le sujet semble retomber, au moment de l'exécution, dans un nouveau somnambulisme et oublie l'acte qu'il vient de faire, aussitôt qu'il l'a terminé ; mais d'autres font les actes qui leur ont été commandés d'une façon toute particulière et très intéressante.

Lucie, Berthe, Isabelle et beaucoup d'autres conservent après le somnambulisme l'apparence la plus naturelle; elles parlent et agissent en se rendant bien compte de tous les actes qu'elles font spontanément ; mais, au travers de tous ces actes naturels, elles accomplissent, comme par distraction, les actes commandés pendant le sommeil. Non seulement elles oublient ces actes après les avoir faits, mais elles les ignorent, elles ne paraissent pas s'en rendre compte, même si on les interroge au moment où elles les

accomplissent. Tout ce qui a rapport à la suggestion posthypnotique semble ne plus faire partie de leur conscience.

Tous ces actes subconscients obtenus grâce à l'anesthésie ou à la distraction ou résultant d'une suggestion posthypnotique sont donc du même genre, on peut les réunir pour chercher quels sont leurs caractères communs.

Le premier caractère à mettre en évidence dans toutes ces actions, c'est qu'elles ne sont pas de simples réflexes mécaniques, ce sont *des actes intelligents* qui ne peuvent être compris que si on admet à leur propos, dans l'esprit du sujet, des sensations, des souvenirs et même des réflexions assez compliquées. Les simples attitudes cataleptiques du bras anesthésique dépendaient, comme nous l'avons montré, de l'existence et de la persistance de certaines sensations musculaires très délicates; l'adaptation des mouvements à la nature d'un objet mis dans la main, l'obéissance à des suggestions verbales ne peuvent se comprendre s'il n'y a pas de sensations tactiles, de sensations auditives. Ces mouvements manifestent également des souvenirs : je place en l'air le bras anesthésique d'Isabelle dans une position particulière, puis je l'abaisse, sans qu'elle se soit aperçue de rien; quelques moments plus tard, par le procédé de la distraction, je lui suggère de remettre son bras gauche dans la même position que tout à l'heure, le bras se relève et reprend exactement la même attitude. Je puis, comme on l'a vu déjà, diriger la main anesthésique de Marguerite de manière à lui faire écrire un mot; plus tard, la main reprendra le crayon et écrira de nouveau le même mot. Les suggestions posthypnotiques, qui sont exécutées assez longtemps après le réveil, ne pourraient pas non plus se produire s'il n'y avait pas dans l'esprit du sujet un souvenir très précis du commandement donné pendant le somnambulisme.

Le caractère intelligent de ces actes subconscients devient encore plus évident quand, par un procédé quelconque, on donne au sujet des suggestions compliquées qui demandent,

pour être exécutées, des réflexions et même des calculs. « Lucie étant en état de somnambulisme, je lui dis du ton de la suggestion : « Quand j'aurai frappé douze coups dans « mes mains, vous vous rendormirez ». Puis, je lui parle d'autre chose, et cinq ou six minutes après, je la réveille complètement. L'oubli de tout ce qui s'était passé pendant l'état hypnotique et de ma suggestion en particulier, était complet. Cet oubli, chose importante ici, m'était garanti, d'abord par l'état de sommeil précédent qui était un véritable somnambulisme avec tous les signes caractéristiques, par l'accord de tous ceux qui se sont occupés de ces questions et qui ont tous constaté l'oubli de semblables suggestions, enfin par la suite de toutes les expériences précédentes faites sur ce sujet où j'avais toujours constaté cette inconscience. D'autres personnes entourèrent Lucie et lui parlèrent de différentes choses; cependant, retiré à quelques pas, je frappais dans mes mains cinq coups assez espacés et assez faibles. Remarquant alors que le sujet ne faisait aucune attention à moi et parlait vivement, je m'approchai et je lui dis : « Avez-vous entendu ce que je viens de faire? — Quoi donc? je ne faisais pas attention. — Et cela? (Je frappe dans mes mains.) — Vous venez de frapper dans vos mains. — Combien de fois? — Une seule. » Je me retire et continue à frapper un coup plus faible de temps en temps; Lucie, distraite, ne m'écoute plus et semble m'avoir complètement oublié. Quand j'ai ainsi frappé six coups qui, avec les précédents, faisaient douze, Lucie s'arrête immédiatement, ferme les yeux et tombe en arrière endormie[1]. »

J'ai recopié cette ancienne observation, car on peut la considérer comme le type d'un grand nombre d'expériences que j'ai décrites et qui mettent en évidence l'existence de réflexions et de calculs même dans les actes subconscients. Laissons de côté ces expériences et montrons seulement l'acte le plus compliqué qui les résume toutes : la suggestion de l'écriture subconsciente.

1. Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité. *Revue philosophique*, 1886, II, 584.

Prenons un cas dans lequel soient réunies les conditions les plus favorables pour la production des actes subconscients : Marguerite est anesthésique du côté droit et ne s'aperçoit aucunement, quand elle ne regarde pas, des mouvements de sa main droite. Elle est très facile à distraire complètement et quand je la fais causer avec quelqu'un ou quand je la fais lire tout haut quelques pages, elle m'oublie si bien que je puis parler tout haut auprès d'elle sans qu'elle s'en aperçoive ; enfin, il est facile de l'hypnotiser et de lui donner des suggestions posthypnotiques, qui seront exécutées sous forme d'actes subconscients. Eh bien, je lui ai mis un crayon dans la main droite, et pendant qu'elle est distraite je lui suggère d'écrire quelques mots. Elle exécute cet acte d'une façon subconsciente, ainsi que tous les autres. Mais l'écriture automatique ainsi obtenue va nous permettre de constater ces sensations, ces souvenirs, ces réflexions dont nous avions jusqu'à présent supposé l'existence. Cette écriture nous dira les mouvements imprimés au bras insensible, elle répétera sous la dictée les mots que nous prononçons et que le sujet prétend ne pas entendre, elle répondra même à nos questions et nous révélera mille pensées intimes que le sujet ne voulait pas nous confier ou même qu'il ignorait complètement. On verra plus tard, à propos de l'hémi-somnambulisme, le développement énorme que peut prendre cette écriture. Il suffit de constater maintenant l'intelligence qu'elle manifeste. Les actes subconscients possèdent donc tous le premier caractère déjà reconnu dans les suggestions ; ce sont des phénomènes psychologiques, des phénomènes d'intelligence.

Si nous poussons plus loin leur analyse, nous allons voir certains traits nouveaux ou, du moins, l'exagération de certains caractères déjà présentés par les suggestions ordinaires. Le début de la suggestion directe était caractérisé, comme on l'a vu, par un certain étonnement du malade, par une certaine résistance qui pouvait quelquefois se prolonger assez longtemps. Les suggestions dont nous venons de parler suppriment, le plus souvent d'une manière com-

plète, toute résistance. Il n'y a qu'un petit nombre d'exceptions qui seront étudiées à propos de l'hémi-somnambulisme. D'ordinaire, ces actes sont exécutés très vite, sans hésitation; si on laissait Lucie faire attention à l'exécution des actes suggérés, elle luttait contre la suggestion, avançait un peu, puis reculait et ces hésitations duraient fort longtemps : il suffisait de lui parler un peu d'autre chose, aussitôt elle était distraite et exécutait à son insu et très rapidement l'acte suggéré[1]. Marguerite refuse de me raconter la querelle qu'elle vient d'avoir avec sa mère; elle résistera longtemps aux suggestions les plus violentes si elles sont directes, mais elle va écrire immédiatement ce que je lui demande, si je n'insiste pas et si je la laisse se distraire. « Beaucoup d'auteurs avaient remarqué, nous dit M. Pitres, que les suggestions par insinuation réussissent souvent mieux que les suggestions comparatives[2]. » Ils avaient probablement employé, sans bien s'en rendre compte, la suggestion par distraction.

Il en résulte que certains sujets qui sont peu ou même point suggestibles par les procédés ordinaires, le sont complètement si on emploie ces méthodes indirectes. Renée n'obéit pas aux suggestions que je lui donne quand elle est devant moi, elle se surveille trop, mais quand elle n'est plus avec moi, quand elle cause avec d'autres personnes, elle exécute à tort et à travers, comme des tics, les mouvements que j'avais essayé de lui faire faire le matin. Un de mes anciens sujets, Léonie, ne présente pas, comme d'autres malades, une véritable suggestibilité à l'état de veille. Si je m'adresse directement à elle et lui commande un mouvement, elle s'étonne, discute et n'obéit pas. Mais quand elle parle à d'autres personnes, je puis réussir à parler bas derrière elle sans qu'elle se retourne. Elle ne m'entend plus et n'essaye plus de résister; c'est alors que toutes les suggestions s'exécutent et que l'on modifie son esprit comme l'on veut. Qu'il me soit permis

1. *Automatisme psychologique*, 426.
2. Pitres. *Op. cit.*, II, 91.

de rappeler aussi, à ce propos, l'histoire d'un malade fort curieux que j'ai étudié cette année chez M. Charcot et dont on retrouvera un peu plus loin l'observation à propos des délires. Daill est devenu la proie de plusieurs démons; il les voit, il les entend, il les sent parler en lui, il est forcé par eux de blasphémer, de courir çà et là, de se déchirer, de se tuer. J'ai essayé, mais en vain, de prendre quelque influence sur son délire, de lui suggérer des mouvements bien simples et de l'hypnotiser. Tout a été inutile; non seulement il n'obéit pas, mais il se moque de moi et m'agonise d'injures. Je change alors de tactique : je le laisse raconter à d'autres ses malheurs et délirer comme il lui plaît. Quand il me semble qu'il m'a bien oublié, je commande tout bas quelques gestes qui sont parfaitement exécutés à son insu; je le fais agir et même écrire à ma guise, je l'hypnotise ainsi sans qu'il s'en doute et je parviens à changer et à supprimer toutes ses idées fixes. Il semble vraiment, si l'on peut écrire une semblable métaphore, que l'esprit de ces gens-là est une ville forte défendue par une bien faible garnison. Mais si les gardes sont peu nombreux, ils sont fort agiles et ils arrivent à vous faire face, quel que soit le côté par lequel vous voulez entrer. Laissez un adversaire devant la ville pour occuper la garnison, et quand on vous a oublié, tournez d'un autre côté, vous entrerez sans coup férir.

Cette absence de résistance, de volonté personnelle dans les actes subconscients s'explique par une raison bien simple, c'est que le sujet les ignore. La distraction a produit, c'est la règle chez les hystériques, de véritables anesthésies. Le bras droit de Maria ou de Justine qui d'ordinaire est sensible et ne reste pas en l'air quand je le soulève, reste suspendu maintenant; quand le sujet est distrait, il se comporte comme un bras anesthésique. Pendant que le sujet cause avec d'autres personnes, il n'entend plus mes paroles, il a pour moi une anesthésie systématique de l'ouïe; Léonie, pendant qu'elle cause, ne voit pas qu'elle tient ses mains devant sa bouche, dans la posture d'un

joueur de flûte, c'est une anesthésie systématique de la vue. Je priai un jour Lucie de faire tous ses efforts pour me résister; elle ne parut pas très bien comprendre, car elle ne se souvenait pas de son obéissance. Elle m'assure en riant qu'elle ne ferait certainement pas l'acte que j'allais dire. Je commande quelque chose pendant un instant de sommeil et mon commandement est aussitôt exécuté au réveil; mais elle continue à rire en disant toujours : « Essayez donc de me commander, je ne ferai rien du tout ». En un mot, elles n'ont pas dans leur conscience la moindre notion de ces actes subconscients.

Cette nouvelle affirmation n'est-elle pas en opposition avec la première? Comment le même acte peut-il être à la fois intelligent et non conscient? Comment peut-il renfermer des sensations, des souvenirs, des réflexions quand nous admettons d'autre part que le sujet ne pense absolument rien à propos de cet acte? Cette contradiction apparente n'est pas le résultat d'une théorie, elle est l'expression des faits; il faudrait l'admettre même si on ne pouvait pas l'expliquer. Mais cette remarque n'est pas maintenant nouvelle, elle rentre dans un problème plus général qui a déjà été étudié à propos de l'anesthésie, de l'amnésie, de tous les stigmates hystériques. Nous avons été obligé d'admettre qu'il y a deux catégories de phénomènes psychologiques et deux façons d'entendre le mot conscience; les phénomènes psychologiques élémentaires TT′T″.... (fig. 1) dans le schéma déjà étudié, phénomènes réels, jouant leur rôle psychologique, conscients peut-être en eux-mêmes et d'une façon très rudimentaire, mais isolés les uns des autres et les phénomènes psychologiques supérieurs, la perception personnelle PP qui consiste essentiellement à synthétiser ces faits élémentaires et à les rattacher à la notion antérieure de la personnalité. Cette dernière opération, cette perception personnelle est réduite chez l'hystérique, cette malade ne peut plus synthétiser qu'un petit nombre de faits élémentaires VV″AA′ par exemple. Que vont devenir ces autres faits TT′M.... qui existent cepen-

dant? Qu'ils restent souvent isolés, à l'état de poussière mentale sans jouer un rôle important, c'est incontestable. Mais les faits précédemment décrits nous forcent à admettre que, dans certains cas, ces phénomènes peuvent aussi se grouper entre eux et former en P′ une synthèse partielle plus ou moins cohérente qui réunira T′M′A″. Cette synthèse partielle représente ce que nous avons décrit sous le nom d'acte subconscient.

Avant de tirer les conclusions de cette étude, il faut

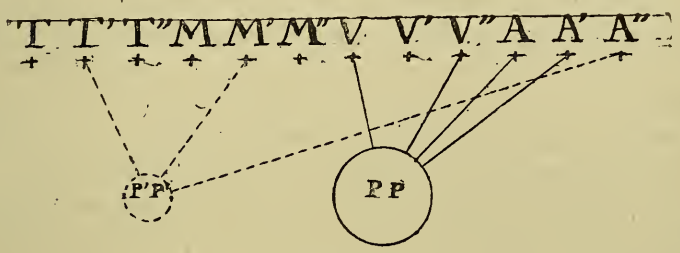

Figure 1.

signaler un certain nombre de faits complexes dont la connaissance est indispensable pour comprendre la suggestion et son effet sur les esprits faibles. Nous n'avons étudié jusqu'ici que des cas simples dans lesquels la séparation entre les phénomènes conscients et les phénomènes subconscients était parfaitement nette. Il n'en est pas toujours ainsi, on peut très souvent constater des actions et des réactions réciproques de ces deux groupes de phénomènes l'un sur l'autre. Une pareille dépendance semble au premier abord peu intelligible : comment ces deux phénomènes T′ et V par exemple, peuvent-ils dépendre l'un de l'autre, s'associer l'un avec l'autre, puisque nous avons constaté qu'ils étaient isolés, qu'ils appartenaient à deux groupes de pensées différents? C'est qu'il y a ici encore une distinction à faire, toutes les réunions, tous les groupements de phénomènes psychologiques ne sont pas du même ordre. « L'association automatique des idées est une chose,

et la synthèse qui forme la perception personnelle à chaque moment de la vie et l'idée même du moi en est une autre. Celle-ci peut être détruite, tandis que celle-là subsiste. Cette supposition d'ailleurs s'accorde assez bien avec tout ce que nous avons dit de ces deux opérations. L'association des idées est la manifestation d'une synthèse élémentaire qui a déjà été effectuée autrefois et qui a rattaché les phénomènes les uns aux autres une fois pour toutes. La perception personnelle est la manifestation d'une activité synthétique actuelle qui, par un effort continuel répété à chaque instant, ramène à l'unité du moi tous les phénomènes qui se produisent, quelle qu'en soit l'origine. Le malade peut être devenu incapable de percevoir telle sensation auditive ou telle sensation tactile, et cependant par un automatisme d'origine ancienne qui n'a pas été détruit, cette sensation non perçue peut amener d'autres images, des images visuelles si l'on veut, faisant partie de celles que le sujet perçoit encore[1]. »

Si l'explication psychologique est difficile, le fait n'en est pas moins incontestable et il se présente de deux manières différentes : tantôt ce sont les phénomènes conscients perçus normalement par le sujet qui amènent à leur suite d'autres phénomènes subconscients, manifestés seulement par des mouvements, que le sujet ignore; tantôt au contraire, ce sont les phénomènes subconscients, quelle que soit leur origine, qui existent les premiers et qui provoquent de temps en temps dans la pensée consciente des émotions, des images variées surgissant d'une manière inattendue.

Considérons quelques exemples du premier cas : Certaines hystériques ne peuvent penser à une action sans l'exécuter, mais cette exécution a lieu chez quelques-unes d'une manière bien singulière, elle n'est pas consciente et a lieu à l'insu du sujet. Il semble qu'une partie de la pensée, les images auditives ou visuelles qui la consti-

1. *Automatisme psychologique*, 234.

tuaient aient été perçues par le sujet, mais que l'autre partie, les images kinesthésiques et motrices éveillées par les premières soient restées subconscientes. Dans ce cas, la malade est toute surprise de constater les effets de son action conforme à sa pensée sans doute, mais non à sa volonté. De là ces expressions si souvent signalées : « Ce n'est pas moi qui marche, ce sont mes jambes qui marchent toutes seules.... Quand je pense à quelque objet, il y a comme une personne qui me mène par la main pour le chercher, j'y vais sans savoir pourquoi, je me demande qui est cette personne.... On me vole ma pensée, on écrit ce que je pense.... »

Le plus souvent, le sujet ne constate pas ces manifestations motrices de sa pensée, il les ignore et croit avoir pensé simplement pour lui-même ; ce sont les spectateurs qui les remarquent et qui s'en servent pour lire à son insu la pensée du malade. C'est ce fait qui joue le rôle principal dans différents procédés de divination, la baguette divinatoire, le pendule explorateur, le cumberlandisme ou le « willing game » des Anglais. Il suffit d'un exemple : je propose à Marguerite de deviner, sans qu'elle dise un mot, le nom auquel elle pense le plus. On peut avec elle se servir de divers procédés, en voici un fort simple : je lui tiens la main droite anesthésique en récitant doucement l'alphabet. Elle me serre violemment la main quand je prononce les lettres de ce nom ; elle n'en est pas moins toute stupéfaite de la façon dont je devine sa pensée. Chez Renée, les mouvements subconscients sont encore plus violents ; elle a des convulsions de tout le corps au moment où l'on prononce la lettre ou le chiffre auquel elle pense, et cependant ne comprend pas davantage comment on la devine. Des procédés de ce genre sont fort nombreux et ont été souvent décrits ; il n'est pas inutile de les connaître, ils nous permettent souvent de frapper l'imagination des malades et de prendre rapidement sur eux un grand empire dont on peut tirer parti pour leur guérison.

Quelquefois, les phénomènes subconscients qui se joignent aux pensées conscientes sont plus complexes : si je mets un crayon dans la main anesthésique de Marguerite, elle écrit le mot auquel elle pense. Cependant elle n'avait pas la pensée de l'écrire, il y a ici plus qu'une exécution, il y a un développement de sa pensée consciente. C'est une véritable collaboration des deux groupes de pensées qui sont séparés au point de vue de la perception personnelle, mais qui sont encore très étroitement associés.

La dépendance de ces deux groupes de phénomènes peut être inverse et produire des effets plus curieux encore et plus graves. Les phénomènes subconscients qui se développent à l'insu du sujet, peuvent amener de temps en temps certains faits psychologiques qui, eux, seront perçus par le sujet et feront irruption dans sa conscience.

Ce phénomène peut se produire d'abord d'une façon bien simple, le sujet voit ses propres mouvements automatiques, il lit sa propre écriture subconsciente et ainsi il prend connaissance d'un fait dont l'origine est en dehors de sa conscience. « Les résultats de l'acte ou tout simplement les mouvements des membres ont été vus par le sujet. Il n'a pas senti l'acte en lui-même, car, encore maintenant, il ne sait de quoi il s'agit, mais il en a aperçu les manifestations extérieures comme il aurait fait pour l'acte d'une personne étrangère. Il a accepté alors cet acte ou bien il l'a supprimé par une résistance énergique. Il en est ainsi dans bien des suggestions exécutées soi-disant avec conscience ; le sujet continue avec bonne volonté un acte qu'il n'a pas commencé lui-même, il en prend même la responsabilité et il invente des raisons pour l'expliquer ; mais l'acte n'en était pas moins un phénomène subconscient soumis aux lois de la désagrégation psychologique[1]. »

L'acte subconscient peut influer sur la conscience avant même son exécution, il peut provoquer des impulsions vagues que le malade appelle des « envies » et dont il ne

1. *Automatisme psychologique*, 425.

comprend pas l'origine. Lucie, à qui j'ai donné une suggestion qu'elle ignore, s'arrête en disant : « C'est drôle comme j'ai *envie* de faire cela et c'est pourtant si bête[1]. » Ces sujets sentent un acte qui s'ébauche et ils l'interprètent comme un sentiment vague de désir.

Faisons encore un pas de plus, les idées subconscientes, avant toute manifestation, peuvent provoquer par association des images, de véritables hallucinations qui envahiront subitement la conscience. « Pendant que Léonie ne m'écoute pas, je lui dis tout bas que la personne à qui elle parle a une redingote du plus beau vert. Léonie semble n'avoir rien entendu et cause encore avec cette personne, puis elle s'interrompt et éclate de rire : « Oh! mon Dieu, comment vous êtes-vous habillé « ainsi, et dire que je ne m'en étais pas encore aperçue. » Je lui dis de même tout bas qu'elle a un bonbon dans la bouche; elle semble bien n'avoir rien entendu et, si je l'interroge, elle ne sait ce que j'ai dit, mais la voici cependant qui fait des grimaces et qui s'écrie : « Ah! qui est-ce « qui m'a donc mis cela dans la bouche? » Le commandement n'est pas entendu par le sujet, l'origine de l'hallucination est inconsciente, mais l'hallucination elle-même est consciente et entre tout d'un coup dans l'esprit du sujet[2]. »

On a déjà vu, en étudiant l'anesthésie, bien des faits de ce genre; j'ai suggéré à Berthe qu'elle verra un papillon quand je toucherai son petit doigt. Je touche le petit doigt de la main anesthésique et l'attouchement n'est pas senti; cependant cette sensation subconsciente amène par association l'hallucination visuelle d'un papillon qui, elle, est consciente. M. Binet signalait des faits analogues quand il montrait qu'une hystérique voit, sous forme d'images visuelles, des impressions faites en réalité sur sa main anesthésique[3]. Une autre expérience peut encore être

1. *Automatisme psychologique*, 427.
2. *Ibid.*, 242 et 433.
3. Binet. *Revue philosophique*, 1889, I, 157.

rattachée à celles-ci, elle a été décrite par les auteurs anglais qui l'ont surtout étudiée sous le nom de « cristal vision[1] ». Si le sujet regarde attentivement pendant quelque temps une surface modérément luisante, il voit apparaître sur cette surface des images, des fantômes; en un mot, il éprouve à un degré faible des hallucinations visuelles. Ces rêves ainsi provoqués sont en rapport étroit, ainsi que je l'ai souvent constaté, avec les pensées subconscientes du sujet; c'est encore une pensée profondément enfouie qui émerge pour un moment à la lumière de la conscience.

Ces expériences minutieuses ne sont pas inutiles, elles serviront à expliquer bien des phénomènes naturels. Bien souvent, les malades se plaignent d'une idée, d'une image, qui envahit tout d'un coup leur esprit sans qu'elles sachent pourquoi. « L'étendue du raisonnement conscient, disait très bien M. Laurent dans une thèse à la fois médicale et psychologique, sera très peu considérable chez l'hystérique; l'inconscient agira beaucoup plus que chez l'homme normal, et les idées, fruit de son raisonnement, émergeront en plus grande quantité au niveau de la conscience. Tous les auteurs ont remarqué chez les hystériques des alternatives de tristesse et de gaieté, venant en apparence sans raison et ne s'expliquant même pas par une impression actuelle et fugace. Cela vient de ce que, chez elles, le raisonnement, l'association des idées, la mémoire inconsciente travaillent sans cesse sur des excitations perçues consciemment ou non, mais sorties de la mémoire consciente.... Chez l'hystérique, comme nous le disait le docteur Brémaud, il est très difficile de reconstituer la suite d'un raisonnement, celui-ci s'étant fait en grande partie en dehors de la conscience[2]. »

On voit par ces résumés rapides quel rôle important

1. X. *Recent experiments in crystal-vision. Proceedings of the society for psychical research.* 1889, 508.

2. L. Laurent. *Des états seconds, variations pathologiques du champ de la conscience*, 1892, 155.

peuvent jouer dans l'esprit ces phénomènes subconscients; ils ne se bornent pas à enlever une partie des forces du sujet, à produire des anesthésies et des amnésies considérables; ils viennent à chaque instant se mêler aux phénomènes restés conscients. « Il semble, comme disait M. Myers à propos de certains phénomènes d'écriture automatique, qu'il y ait sans cesse des messages d'une couche de la conscience à l'autre[1]. » Ces messages peuvent être quelquefois utiles, et cette collaboration continuelle du conscient et du subconscient permet à l'hystérique de vivre et d'agir sans trop souffrir de ses anesthésies, de ses amnésies, de toutes les lacunes de sa pensée. Mais, souvent aussi, ces phénomènes inconnus qui envahissent la conscience peuvent y porter le trouble et produire les obsessions les plus graves.

Tous les phénomènes si nombreux que nous avons passés en revue dans ce chapitre s'expliquent par une notion fondamentale : le développement de certains phénomènes psychologiques en dehors de la perception personnelle, en dehors de la personnalité. C'était précisément à cette même notion que nous avait conduit l'étude des suggestions directes analysées dans le paragraphe précédent. Soit qu'elle interrompe le cours de la conscience, soit qu'elle se développe à côté et en dehors de la conscience personnelle, la suggestion a toujours le même caractère.

Un mot peut donc résumer ces deux études : la suggestion est toujours une idée *isolée* de la grande masse des autres pensées, elle a un développement *indépendant*. « L'idée ou le groupe d'idées suggérées, disait très bien M. Charcot, se trouvent dans leur isolement à l'abri du *contrôle* de cette grande collection d'idées personnelles, depuis longtemps accumulées et organisées, qui constituent la conscience proprement dite, le *moi*[2]. » « Chez certains sujets, il est possible de faire naître par voie de suggestion, d'intimation, un groupe cohérent d'idées asso-

1. Myers. *Proceed. S. P. R.*, 1889, 524.
2. Charcot. *Mal. du syst. nerv.*, III, 337.

ciées qui *s'installent dans l'esprit à la manière d'un parasite*, restent isolées de tout le reste et peuvent se traduire à l'extérieur par des phénomènes moteurs correspondants[1]. » Nous demandons la permission de conserver cette métaphore saisissante : les suggestions, avec leur développement automatique et indépendant, sont de véritables parasites dans la pensée.

§ 4. — Les conditions de la suggestion.

Si la suggestion est définie de la manière que nous avons proposée, elle n'est plus un phénomène banal et constant, elle ne se présente que dans certains cas et sous certaines conditions qu'il est nécessaire de déterminer. La suggestion nous a paru présenter deux grands caractères : 1° elle est un développement complet; 2° elle est un développement indépendant de certaines idées. L'un et l'autre caractères exigent certaines conditions.

Il faut d'abord, pour qu'une idée puisse se développer, que les innombrables images dont elle est composée puissent se réveiller et se disposer en série de la façon convenable. Ce n'est pas là une condition insignifiante, car elle n'est pas toujours réalisée. Certains esprits ne conservent plus les images des sensations et surtout ils ne gardent plus la systématisation de ces images, ils sont incapables de les évoquer et de les disposer en série : ils ne seront donc pas suggestibles. Le type de semblables individus sera tout d'abord *le dément* : il est bien clair que chez lui les images ne sont plus systématisées, et que, par conséquent, les idées ne peuvent plus être ni comprises, ni développées. Mais, sans arriver jusqu'à la démence, une quantité d'autres malades sont également incapables de grouper un si grand nombre de phénomènes psychologiques autour d'un même centre, même quand il s'agit simplement de répéter un groupement ancien. Nous avons étudié à ce point de vue

1. Charcot. *Mal. du syst. nerv.*, III, 336.

un certain nombre de délires, dans la fièvre typhoïde, dans la tuberculose avancée, dans la manie, etc. Nous avons surtout examiné ces petits états délirants qui surviennent au cours de l'hystérie, de la neurasthénie ou de la folie du doute. Les malades sont totalement impuissants à suivre pendant quelques instants la même idée ; ils pensent par images isolées ou se bornent à des associations très simples par consonance, par contiguïté entre quelques images très voisines. Les idées qui leur sont inspirées ne font naître que quelques images verbales, quelques rêves, quelques mouvements en petit nombre, et c'est tout. L'incohérence se rétablit immédiatement. Que l'on compare un semblable état d'esprit avec celui d'une hystérique qui, pendant une demi-heure, développera le même rêve, et autour d'une même pensée, celle « d'un voyage dans la lune », accumulera des milliers et des milliers d'images, qui sera capable de conserver une idée suggérée pendant des mois entiers, et on verra que les aliénés ne sont pas tous suggestibles autant qu'on l'a prétendu.

Le même fait peut encore mieux se vérifier si l'on considère les états d'esprit intermédiaires. Certains hystériques sont peu suggestibles, parce qu'ils sont *trop malades*, et parce que leur pensée ne peut pas conserver longtemps la même orientation, fût-elle tout à fait automatique. A certaines malades comme Rose, Marie ou Marguerite, je puis donner une suggestion qui s'exécutera seulement dans trois mois ; le souvenir sera conservé à leur insu et l'acte réalisé. Cette expérience est absolument impossible avec Berthe ; elle développe admirablement des suggestions très simples et momentanées, mais elle est incapable de donner à une idée un développement si prolongé et si considérable. Dans une heure, une attaque, ou même la moindre émotion va tout bouleverser, tout « démolir », comme elle dit, et les suggestions que je lui aurais faites auront absolument disparu. On a beaucoup espéré de la thérapeutique de l'aliénation par la suggestion ; je crains que ce procédé ne puisse s'appliquer qu'à des cas très spéciaux. La sug-

gestion demande pour se développer un esprit relativement sain : c'est une idée déjà exprimée par M. Bernheim[1], et je suis heureux de me trouver d'accord avec lui. La première condition de la suggestion est une certaine force d'esprit, et certains malades ne sont pas suggestibles parce qu'ils sont pour ainsi dire au-dessous de la suggestion, comme certains malades infectés sont incapables de faire de la fièvre.

Mais faut-il immédiatement passer à l'autre opinion extrême et soutenir que la suggestibilité est compatible avec une santé normale de l'esprit, et qu'elle se rencontre continuellement chez les personnes les plus saines ? C'est une opinion qui nous paraît également inacceptable. Malgré les affirmations de certains auteurs, je dois avouer que je n'ai pas réussi à provoquer des suggestions chez des personnes moralement bien portantes. Il est inutile de discuter à l'infini sur le sens du mot « santé » et de prétendre que la santé idéale n'existe pas. C'est renouveler le sophisme des Grecs sur l'homme chauve. Je parle des hommes que l'on considère ordinairement comme normaux, sans antécédents pathologiques ni héréditaires, ni personnels au point de vue névropathique, sans tares actuelles médicalement appréciables. Si je prends une personne de ce genre, et elles sont nombreuses, il faut en convenir, si je lui affirme qu'il y a un petit chien sur le coin de la table, elle me rit au nez et n'éprouve aucune hallucination. Ce fait me paraît incontestable, et pour parler de la suggestion chez les personnes saines, on est obligé de considérer des faits tout différents, des effets de l'éducation, des habitudes, des souvenirs, des croyances, etc. Ce sont des phénomènes psychologiques voisins de la suggestion en apparence, mais dont le mécanisme est bien différent. Ces faits ne sont devenus automatiques que peu à peu, grâce au consentement personnel. Aujourd'hui encore ces actes sont acceptés par l'individu qui s'en rend compte et les assimile à sa personnalité. Il en résulte que de telles actions ne sont

1. Bernheim. *Hypnotisme, suggestion*, 1891, 224

pas envahissantes, sont limitées dans leur développement par les autres pensées avec lesquelles elles sont mises en relation. Des personnes dociles, obéissantes, disposées à penser que d'autres ont plus d'intelligence et d'expérience qu'elles-mêmes et qui, à cause de cela, croient facilement ce qu'on leur enseigne, ne sont pas des individus suggestibles. Ce développement complet et automatique d'une idée isolée de la personnalité, à la façon d'un parasite, ne se rencontre pas chez l'homme normal.

Inversement toutes les fois que j'ai constaté chez une personne de la suggestibilité indiscutable, je n'ai eu aucune peine à constater des traces nombreuses et évidentes de maladie mentale plus ou moins grave, des distractions exagérées ou même des anesthésies proprement dites, les doutes, les idées fixes, les phobies, toutes les manifestations de l'aboulie. Dans le passé de ces personnes, on retrouve toutes sortes d'accidents névropathiques et le simple fait que la suggestibilité persiste encore aujourd'hui doit rendre le médecin très réservé sur le pronostic de leur avenir. La suggestibilité chez eux en effet ne doit pas être considérée comme une simple exagération de la docilité et de la croyance normale. Ces personnes le plus souvent ne sont ni dociles, ni croyantes, elles ont un caractère mobile et indiscipliné, elles reconnaissent elles-mêmes qu'elles ne peuvent arriver « à croire ». « Je n'ai plus confiance en personne, je n'ai pas du tout confiance en vous, disent-elles souvent », et cependant on leur fait voir par hallucination tout ce que l'on veut. Elles sont incapables d'obéissance volontaire qui demande de la force d'esprit et elles subissent d'une façon maladive toutes les impulsions automatiques.

Ce rapport entre la suggestibilité et les maladies de l'esprit peut se vérifier sur les hystériques elles-mêmes. Il est facile de voir qu'elles ne sont pas toujours suggestibles au même degré. Souvent, je le sais bien, elles ne sont pas suggestibles parce qu'elles ont une autre idée en tête; rien n'est difficile comme de suggestionner une per-

sonne qui a déjà reçu une suggestion ou qui a une idée fixe. Mais je ne parle pas de cela. Certaines hystériques, que personne n'a touchées, qui n'ont certainement pas d'idées fixes, deviennent peu à peu de moins en moins suggestibles. A quel propos? Tout simplement quand elles guérissent. Je l'ai observé plusieurs fois et dans des circonstances très particulières. Une hystérique, Lucie, avait des crises tous les jours, ne mangeait pas et ne dormait pas, elle était suggestible au plus haut point. Un peu grâce à moi, je le dis tout bas, elle se calme, n'a plus d'attaques, mange et dort, elle se renforce, reprend ses souvenirs, puis sa sensibilité. Eh bien, je ne pouvais plus rien lui commander. Entendons-nous, elle m'obéissait très docilement par consentement volontaire, mais n'avait plus ce développement automatique des idées sans conscience personnelle et sans souvenir. Tout avait disparu.

Bien mieux, on sait qu'au cours même de la maladie, sous toutes sortes d'influences, les hystériques changent beaucoup d'état psychologique. Après une crise, après un sommeil prolongé naturel ou artificiel, après une émotion quelconque, ou bien pendant certains états anormaux que l'on provoque ou qui surviennent spontanément, les malades se trouvent momentanément transformées. Le voile épais qui les empêchait de comprendre les choses se déchire, elles ont des instants clairs, comme me disait autrefois Marcelle. Eh bien, pendant ces instants clairs, on remarque deux choses simultanées : la suggestibilité a diminué considérablement ou même a disparu, plus d'actes automatiques et impersonnels, plus d'hallucinations en contradiction avec les sensations réelles[1]. En même temps on constate que l'anesthésie a disparu, que le sujet n'est plus, ni distrait, ni anesthésique, ni aboulique. Les observations de somnambulismes complets qui ont déjà été publiées sont bien significatives à cet égard, elles nous montrent la

1. M. Pitres a remarqué aussi que tous les sujets ne sont pas également suggestibles dans les différents sommeils hypnotiques. (*Leçons sur l'hystérie*, 1891, II, 166.)

disparition simultanée et de la suggestion et des stigmates de l'hystérie.

La même relation peut se vérifier d'une manière inverse : chez certains sujets, la suggestion ne prend son pouvoir anormal qu'au moment où l'affaiblissement de l'esprit devient manifeste. J'ai souvent vu des hystériques résister sur le moment aux suggestions qui leur étaient faites et les exécuter cependant quelques heures plus tard pendant une crise ou pendant une période de maladie, quand l'esprit affaibli devenait incapable de s'opposer au développement de l'idée étrangère. Je commande à Renée de tirer la langue; elle résiste et la suggestion ne prend pas; deux jours plus tard, je constate que pendant une attaque elle tire constamment la langue, ce qu'elle ne faisait pas auparavant. Lucie qui avait cessé d'être suggestible vint me retrouver huit mois plus tard, se plaignant de migraines, d'insomnies, de cauchemars; elle était de nouveau distraite, anesthésique, amnésique; il suffit d'un mot pour la suggestionner comme je voulais. Une autre hystérique, Marie, à peu près complètement guérie, ne pouvait plus être suggestionnée que pendant les trois journées de ses règles et, pendant ces trois jours, elle reprenait tous les stigmates de la désagrégation psychologique.

Cette faiblesse qui accompagne la suggestion, qui varie avec elle, peut, dans certains cas précis, être analysée. On constate à ce moment chez le sujet toutes les tares psychologiques que nous avons déjà décrites, des anesthésies du type hystérique, ou des distractions équivalentes, des amnésies, des doutes, tous les troubles de la volonté et de l'attention. On voit que le malade a perdu la puissance de synthétiser au même moment un grand nombre de phénomènes psychologiques, qu'il n'a conscience que de peu de faits à la fois, que le champ de sa conscience personnelle est très rétréci. Ce rétrécissement ne modifie pas seulement la sensibilité et la mémoire, il trouble tous les actes et toutes les pensées. Les malades ne sont plus capables de combiner ensemble plusieurs pensées, de se maintenir en équilibre

entre plusieurs idées opposées, de passer facilement d'une idée à une autre. Berthe s'absorbe dans une idée et ne peut plus penser à autre chose, elle se donne tout entière à cette unique pensée qui prend en apparence des proportions énormes. Quand elle pense à la Salpêtrière, elle prétend y avoir été toute sa vie et oublie les rues de Paris. Quand elle rêve aux rues de Paris, elle ne connaît plus la Salpêtrière et ne sait plus s'y diriger. Maria se fixe si bien sur une idée, qu'elle devient incapable de sentir aucune impression extérieure; on peut la soulever et la porter d'une chambre dans une autre sans qu'elle s'en aperçoive. Les malades eux-mêmes se rendent compte de cet état. « Je m'arrête trop à toutes mes idées, dit Marguerite, je vais encore être malade. » « Ce n'est pas ma faute, si je suis violente, dit Célestine en pleurant quand elle a fait quelque sottise, je ne pensais plus du tout que vous me l'aviez défendu;... je n'ai pas beaucoup d'idées, moi... je ne puis pas penser à tant de choses... tout ce qui me vient à l'esprit je le fais. » Berthe un jour ne s'arrête-t-elle pas en contemplation devant des boutons qu'une dame avait à son corsage et ne se met-elle pas à arracher un de ces boutons? Quand on l'arrête, elle est stupéfaite et désolée : « Oh! qu'est-ce que je fais là?... un rien m'attire et j'oublie tout. » On pourrait encore rappeler un mot de cette même malade que nous avons déjà cité : « Je tombe dans une idée comme dans un précipice et la pente est bien rude pour remonter. » Ce sont là des altérations très nettes de la pensée qui existent chez les individus suggestibles.

Non seulement ces caractères psychologiques accompagnent la suggestion, mais ils nous paraissent l'expliquer. Pourquoi, dans l'état normal, nos idées anciennes rappelées par un mécanisme quelconque ne se développent-elles pas complètement? C'est parce que nous en avons conscience, parce que nous les rattachons dès leur naissance à la masse énorme des autres souvenirs, des autres images, qui constitue notre personnalité. Elles ont leur place, elles jouent leur rôle dans le grand système, mais elles ne sont

pas isolées et indépendantes, et leur développement est contenu par le développement de toutes les autres pensées. « Pour arrêter une pensée, disait M. Ch. Richet, il en faut une autre qui y mette obstacle, pour entraver un sentiment, un autre doit prendre naissance[1]. » Sans doute, mais pour que ces phénomènes puissent s'opposer les uns aux autres, il ne suffit pas qu'ils soient simultanés, il faut qu'ils soient réunis dans une même conscience. C'est là précisément ce qui fait défaut chez les individus suggestibles, ils sont incapables de réunir tant de pensées dans une même perception personnelle et ne peuvent par conséquent les opposer les unes aux autres. « En raison de la dissociation facile de l'unité mentale, disait M. Charcot en d'autres termes, certains centres peuvent être mis en jeu sans que les autres régions de l'organe psychique en soient avertis et soient appelés à prendre part au processus[2]. »

Il suffit d'observer comment s'exécute une suggestion pour voir que les choses se passent bien ainsi. Quand on affirme à une de ces malades une idée bizarre en contradiction avec la réalité, elle reste surprise, elle semble recevoir un choc et pendant quelque temps elle résiste, c'est-à-dire que pendant quelque temps elle conserve dans sa conscience la notion de sa personnalité, la connaissance des objets extérieurs réels et ces idées justes s'opposent à la pensée contradictoire que notre parole éveille dans l'esprit. Ensuite, comme le disait Marguerite quand je l'interrogeais sur ses impressions, son attention se fatigue extrêmement vite, la malade ne peut conserver tant de choses à la fois dans l'esprit. « Que mon attention se détourne un moment, une seconde, et je suis perdue, je ne sais plus rien, je suis absorbée dans ce que vous me dites. » Traduisons ce langage, et disons : sa conscience trop étroite ne renferme plus les souvenirs et les sensations antagonistes, elle oublie qu'elle est à l'hôpital, qu'elle a vingt-trois ans, etc.,

1. Ch. Richet. *L'homme et l'intelligence*, 1884, 529.
2. Charcot. *Mal. du syst. nerv.*, III, 455.

et tous les éléments contenus dans l'idée suggérée se développent en liberté.

M. Max Dessoir[1] fait observer que cette disparition des images antagonistes n'est qu'un résultat de la suggestion; c'est parce qu'elle commence à se développer qu'elle fait disparaître toutes les autres idées. Cela est juste; dans certains cas, la suggestion en se développant envahit tout l'esprit et supprime, comme on l'a vu, toute autre idée. Mais dès le début ce développement a été rendu possible par le défaut de résistance des pensées antagonistes. Au moment de la suggestion, il y a un choc, une émotion qui détruit la faible synthèse personnelle du sujet. L'idée suggérée reste isolée, plus ou moins complètement séparée des autres idées; elle peut alors se développer et supprimer même toutes les pensées étrangères.

Au début de cette étude sur les conditions de la suggestion, nous avons admis que la suggestion ne pouvait pas se développer dans des esprits malades, qu'elle réclamait, pour prendre toute sa puissance, des esprits relativement sains. Nous venons de démontrer maintenant qu'elle dépend d'un défaut de synthèse, d'un affaiblissement de la conscience. Ces deux affirmations ne sont-elles pas contradictoires? En aucune manière. Un symptôme peut disparaître dans certaines maladies et rester cependant un symptôme pathologique. Le râle crépitant n'existe pas à toutes les périodes de la pneumonie, il disparaît dans beaucoup d'affections graves du poumon, il n'en est pas moins un signe très caractéristique d'une maladie. Il en est de même pour la suggestion : elle n'appartient pas à toutes les altérations mentales, mais elle est le signe d'une maladie mentale particulière. Il faut, pour qu'elle se produise, que l'association automatique des éléments psychologiques soit conservée et que la synthèse actuelle des phénomènes soit altérée ou réduite. Elle demande comme condition essentielle une maladie de la personnalité.

1. Max Dessoir. Experimentelle Pathopsychologie. *Vierteljahrsschrift f. wissenschaftliche Philosophie*, 1890, 198.

Cette maladie de la personnalité, qui est la condition de la suggestion, peut se rencontrer dans bien des circonstances. Elle se rencontre dans certains états infectieux, dans la fièvre typhoïde, dans la tuberculose, dans des intoxications, surtout dans l'alcoolisme. J'ai décrit autrefois un cas très remarquable de suggestibilité chez un homme pendant la convalescence d'une attaque de delirium subaigu[1]. On constate cette altération de la perception personnelle dans bien des maladies nerveuses, chez les neurasthéniques, les choréiques, les douteurs, les imbéciles même, on la voit momentanément produite par les grandes émotions, les violents shocks moraux. Mais, si incontestables que soient ces observations, elles nous montrent presque toujours une suggestibilité incomplète. Il faut avouer qu'il y a une maladie particulière qui réunit d'une façon merveilleuse les deux conditions essentielles de la suggestion, la conservation de l'automatisme et la diminution de la synthèse personnelle : c'est l'état hystérique. L'étude de tous les stigmates nous a constamment montré ces deux caractères dans l'hystérie. Il ne faut donc pas être surpris si l'esprit des hystériques est par excellence le terrain favorable à la suggestion, si nous avons constaté chez elle le développement extraordinaire de ce phénomène. La disposition à la suggestion et aux actes subconscients est le signe d'une maladie mentale, mais c'est surtout le signe de l'hystérie.

1. Actes inconscients. *Revue philosophique*, 1888, I, 251.

CHAPITRE II

LES IDÉES FIXES

L'étude de la suggestion nous a montré que les pensées des hystériques ne sont pas équilibrées, que, sous diverses influences, l'une d'entre elles peut se développer d'une manière exagérée et vivre pour ainsi dire isolément de sa vie propre au grand détriment de l'organisme mental. Cette disposition ne se manifeste pas seulement dans des expériences artificielles, elle donne lieu continuellement à des phénomènes naturels qui sont tout à fait analogues à des suggestions. Les idées fixes sont pour nous des phénomènes de ce genre, c'est-à-dire des phénomènes psychologiques qui se développent dans l'esprit d'une manière automatique, en dehors de la volonté et de la perception personnelle du malade, mais qui, au lieu d'être comme les suggestions provoquées expérimentalement, se forment naturellement sous l'influence de causes accidentelles. Cette différence dans la provocation artificielle ou naturelle des phénomènes automatiques a des conséquences assez graves au point de vue clinique et surtout thérapeutique pour justifier cette distinction.

Des idées de ce genre ont été longuement décrites chez certains malades, que l'on considérait comme des aliénés, sous le nom d'obsessions, d'impulsions, de phobies; elles caractérisent le délire qui se développe chez certains neurasthéniques ou, comme on les appelle souvent en France, certains dégénérés. Nous répéterons ici ce que nous avons déjà dit à propos des aboulies[1]. Sans aucun doute, ce caractère appartient à ces malades, nous ne le nions aucunement; mais nous disons seulement qu'il appartient

1. *Stigmates mentaux de l'hystérie*, 122.

aussi aux hystériques, qu'il est chez elles extrêmement fréquent et qu'il est la cause de la grande majorité de leurs accidents. Après avoir passé en revue les différentes formes que prend l'idée fixe chez l'hystérique, peut-être pourrons-nous mettre en évidence certains caractères propres à ces malades et qui distinguent ces phénomènes des autres formes d'obsession reconnues chez divers aliénés.

§ 1. — DESCRIPTION DES IDÉES FIXES CHEZ LES HYSTÉRIQUES.

Un aliéné tourmenté par des idées fixes, qu'il leur accorde une entière créance ou qu'il lutte contre le délire envahissant, a toujours la connaissance précise des pensées qui le tourmentent. Il les exprime par la parole, ou, s'il ne les explique pas nettement c'est qu'il cherche à les dissimuler; s'il voulait être sincère, il pourrait toujours les énoncer. Il en est tout autrement des hystériques, il est bien rare qu'ils se rendent compte clairement d'une idée fixe qui les obséderait. Le plus souvent, ils affirment avoir l'esprit parfaitement tranquille, sans aucune préoccupation. Il n'est pas toujours possible de les accuser de dissimulation et on peut mettre leur sincérité à l'épreuve. On voit quelquefois que ces malades sont très confiants et très sincères, qu'ils avouent même les choses les plus cachées. Peut-on supposer qu'ils cachent une idée fixe beaucoup plus insignifiante? Beaucoup d'auteurs ne l'ont pas pensé, ils ont remarqué que les accidents hystériques ne semblaient pas en rapport avec des pensées du malade. Ces accidents continuaient à exister même quand le malade, entièrement distrait, paraissait penser à autre chose. Souvent même on constatait que ces accidents persistaient la nuit, pendant le sommeil profond, ou pendant des attaques, dans des états, en un mot, où le sujet ne paraissait pas capable de penser à son idée fixe. Ces observations fort justes conduisaient à nier l'existence des idées fixes dans l'hystérie.

Nous croyons qu'il est nécessaire d'admettre l'existence

d'une forme d'idées fixes particulière qui est propre aux hystériques et que nous avons proposé de désigner sous le nom d'*idées fixes subconscientes*. Le mot « conscience », quand on l'applique à des idées fixes et à des délires, a pris quelquefois dans la langue des aliénistes un sens particulier. Il signifie que le sujet se rend compte de son délire, en reconnaît la fausseté. Un délire inconscient est au contraire un délire auquel le malade s'abandonne, sans le juger, et qu'il accepte comme la vérité. Je regrette de ne pouvoir accepter ce sens, en réalité incorrect, du mot *conscience*, car j'ai été obligé d'employer ces termes dans un autre sens. Une idée fixe, comme un phénomène psychologique quelconque, est consciente, non pas quand elle est jugée, mais simplement quand elle est connue par le sujet, et c'est dans ce sens que les idées fixes des obsédés peuvent être dites conscientes. Nous croyons qu'il est extrêmement important, pour comprendre les hystériques, de savoir que chez elles les idées fixes peuvent perdre ce caractère et se présenter sous l'aspect de phénomènes subconscients.

Comment mettre en évidence l'existence d'une idée qui par définition, est ignorée par le malade et ne peut pas être exprimée? Il faut, répondrons-nous, avoir recours à tous les procédés d'observation que les expériences sur les actes subconscients nous ont fait connaître. Les phénomènes subconscients se manifestent, comme on l'a vu, de bien des manières; il en sera de même pour les idées fixes subconscientes. 1° Ces idées peuvent se développer complètement pendant les attaques d'hystérie et s'exprimer alors par des actes et par des paroles. 2° Dans les rêves plus ou moins agités qui ont lieu pendant le sommeil et dans les somnambulismes naturels qui surviennent souvent à ce moment, les idées fixes sont entièrement avouées. 3° L'un des meilleurs procédés consiste à faire entrer artificiellement le malade dans un état analogue aux précédents, dans le somnambulisme provoqué. Tantôt, abandonné à lui-même dans cet état artificiel, il a des rêves qu'il exprime tout haut, il se livre à des actes, comme dans un somnambulisme naturel,

et révèle ses pensées ; tantôt il cause avec nous et répond à nos questions. Il est étonnant de voir combien les sujets mis en somnambulisme retrouvent avec netteté et avec précision des souvenirs, des idées dont ils n'avaient aucune conscience pendant la veille. Ils expliquent très clairement alors l'idée qui les obsède et rendent compte par le menu de toutes les sensations, de toutes les images qui ont déterminé et qui déterminent encore les accidents. 4° On sait que les pensées subconscientes peuvent se manifester même pendant la veille des malades et à leur insu. Certains actes qu'ils accomplissent automatiquement quand ils sont distraits permettent de deviner ces idées. Mais, quand il est possible de l'employer, le procédé qui consiste à utiliser l'écriture automatique est plus précis que tous les autres. Inutile de revenir sur la description de cette écriture que les spirites ont découverte : si elle n'a plus aujourd'hui le rôle religieux auquel la destinaient les disciples d'Allan Kardec, peut-être peut-elle avoir dans maintes circonstances un certain rôle médical. Signalons aussi un procédé moins connu qui, dans des cas tout particuliers, peut aussi servir à mettre au jour les pensées subconscientes : c'est le procédé du « crystal gazing » décrit surtout par les auteurs anglais. Beaucoup de malades, des hystériques, à mon avis, presque toujours, ne peuvent fixer une surface brillante modérément éclairée sans avoir des hallucinations visibles. Ce sont leurs propres rêves qu'elles voient défiler dans le miroir, et quelquefois elles arrivent ainsi à percevoir et à exprimer des idées dont elles ne se rendaient pas compte auparavant. Tels sont les procédés, encore bien imparfaits, qui permettent de pénétrer un peu plus profondément dans l'esprit des malades.

Qu'il nous soit permis de reproduire comme exemple une ancienne observation que nous avons déjà publiée et qui, bien que manquant de précision sur certains points, est intéressante, car elle nous semble, sauf erreur possible, l'une des premières observations d'idées fixes subconscientes chez une hystérique.

« Il faudrait, disions-nous, passer en revue toute la pathologie mentale et peut-être même une partie importante de la pathologie physique pour montrer tous les désordres psychologiques et corporels que peut produire une pensée persistant ainsi en dehors de la conscience personnelle....

Un des sujets que j'ai souvent cité sous le nom de Marie a présenté une maladie et une guérison également curieuses. Cette jeune fille fut amenée de la campagne à l'hôpital du Havre parce qu'on la considérait comme folle et que l'on désespérait presque de sa guérison.... A l'approche de ses règles, Marie changeait de caractère, devenait sombre et violente, ce qui ne lui était pas habituel, et avait des douleurs et des secousses nerveuses dans tous les membres. Cependant les choses se passaient à peu près régulièrement pendant la première journée, mais, vingt heures à peine après le début, les règles s'arrêtaient subitement et un grand frisson secouait tout le corps, puis une douleur vive remontait lentement du ventre à la gorge et les grandes crises d'hystérie commençaient : les convulsions, quoique très violentes, ne duraient pas longtemps et n'avaient jamais l'aspect de tremblements épileptoïdes : mais elles étaient remplacées par un délire des plus longs et des plus forts. Tantôt elle poussait des cris de terreur, parlant sans cesse de sang et d'incendie et fuyant pour échapper aux flammes, tantôt elle jouait comme une enfant, parlait à sa mère, grimpait sur le poêle ou sur les meubles, et dérangeait tout dans la salle. Ce délire et ces convulsions alternaient avec d'assez courts instants de répit pendant quarante-huit heures. La scène se terminait par plusieurs vomissements de sang après lesquels tout rentrait à peu près dans l'ordre. Après une ou deux journées de repos, Marie s'était calmée et ne se souvenait de rien. Dans l'intervalle de ces grands accidents mensuels elle conservait des petites contractures tantôt aux bras ou à la poitrine, dans les muscles intercostaux, des anesthésies variées et très changeantes et surtout une cécité absolue et continuelle de l'œil gauche. En outre elle avait de temps en temps des petites crises sans grand

délire, mais qui étaient caractérisées surtout par des poses de terreur. Cette maladie rattachée si évidemment aux époques menstruelles semblait uniquement physique et peu intéressante pour le psychologue. Aussi ne me suis-je d'abord que fort peu occupé de cette personne : tout au plus avions-nous fait avec elle quelques expériences d'hypnotisme et quelques études sur son anesthésie, mais nous évitions tout ce qui aurait pu la troubler vers l'époque où approchaient les grands accidents. Elle resta ainsi sept mois à l'hôpital, sans que les diverses médications et l'hydrothérapie qui furent essayées eussent amené la moindre modification. D'ailleurs les systèmes thérapeutiques, en particulier les suggestions relatives aux règles, n'avaient que de mauvais effets et augmentaient le délire.

Vers la fin du huitième mois, elle se plaignait de son triste sort et disait avec une sorte de désespoir qu'elle sentait bien que tout allait recommencer : « Voyons, lui dis-je par curiosité, explique-moi une fois ce qui se passe quand tu vas être malade. — Mais vous le savez bien, tout s'arrête, j'ai un grand frisson et je ne sais plus ce qui arrive. »

Je voulus avoir des renseignements précis sur la façon dont ses époques avaient commencé et dont elles avaient été interrompues. Elle ne répondit pas clairement, car elle paraissait avoir oublié une grande partie des choses qu'on lui demandait. Je songeai alors à la mettre dans un somnambulisme profond, capable, comme on l'a vu, de ramener des souvenirs en apparence oubliés, et je pus ainsi retrouver la mémoire exacte d'une scène qui n'avait jamais été connue que très incomplètement.

A l'âge de treize ans elle avait été réglée pour la première fois, mais, par suite d'une idée enfantine ou d'un propos entendu et mal compris, elle se mit en tête qu'il y avait à cela quelque honte et chercha le moyen d'arrêter l'écoulement le plus tôt possible. Vingt heures à peu près après le début, elle sortit en cachette et alla se plonger dans un grand baquet d'eau froide. Le succès fut complet : les

règles furent arrêtées subitement et, malgré un grand frisson qui survint, elle put rentrer chez elle. Elle fut malade assez longtemps et eut plusieurs jours de délire. Cependant tout se calma et les menstrues ne reparurent plus pendant cinq ans. Quand elles ont réapparu, elles ont amené les troubles que j'ai décrits. Or si l'on compare l'arrêt subit, le frisson, les douleurs qu'elle décrit aujourd'hui en état de veille et le récit qu'elle fait en somnambulisme, on arrive à cette conclusion : Tous les mois la scène du bain froid se répète, amène le même arrêt des règles et un délire qui est, il est vrai, beaucoup plus fort qu'autrefois, jusqu'à ce qu'une hémorrhagie supplémentaire ait lieu par l'estomac. Mais dans sa conscience normale elle ne sait rien de tout cela et ne comprend même pas que le frisson est amené par l'hallucination du froid, il est donc vraisemblable que cette scène se passe au-dessous et amène tous les autres troubles par contre-coup. »

Je n'insiste pas pour montrer comment, en modifiant cette idée fixe subconsciente, j'ai pu faire disparaître très facilement les attaques et le délire, ce sont des questions de thérapeutique étrangères à notre étude présente, mais je dois rappeler que tous les autres accidents présentés par cette malade étaient de la même nature que le précédent.

« Après avoir constaté ce résultat, il fallait étudier les autres accidents. Je passe sur des détails de la recherche psychologique qui fut quelquefois difficile : les crises de terreur étaient la répétition d'une émotion qu'elle avait éprouvée en voyant, quand elle avait seize ans, une vieille femme se tuer en tombant d'un escalier; le sang dont elle parlait toujours dans ses crises était un souvenir de cette scène; quant à l'image de l'incendie, elle survenait probablement par association d'idées, car elle ne se rattache à rien de précis. Par le même procédé que tout à l'heure, en ramenant le sujet par suggestion à l'instant de l'accident, je parvins non sans peine à changer l'image, à lui montrer que la vieille avait trébuché et ne s'était pas tuée et

à effacer la conviction terrifiante. Les crises de terreur ne se reproduisirent plus.

Enfin je voulais étudier la cécité de l'œil gauche, mais Marie s'y opposait lorsqu'elle était éveillée en disant qu'elle était ainsi depuis sa naissance. Il était facile de vérifier, au moyen du somnambulisme, qu'elle se trompait : si on la change en petit enfant de cinq ans suivant les procédés connus, elle reprend la sensibilité qu'elle avait à cet âge et l'on constate qu'elle y voit alors très bien des deux yeux. C'est donc à l'âge de six ans que la cécité a commencé. A quelle occasion? Marie persiste à dire, quand elle est éveillée, qu'elle n'en sait rien. Pendant le somnambulisme, et grâce à des transformations successives pendant lesquelles je lui fais jouer les scènes principales de sa vie à cette époque je constate que la cécité commence à un certain moment à propos d'un incident futile. On l'avait forcée, malgré ses cris, à coucher avec un enfant de son âge qui avait *de la gourme sur tout le côté gauche de la face*. Marie eut quelque temps après des plaques de gourme qui paraissaient à peu près identiques et qui siégeaient *à la même place*. Ces plaques réapparurent plusieurs années à la même époque, puis guérirent, mais on ne fit pas attention qu'à partir de cette époque *elle est anesthésique de la face du côté gauche et aveugle de l'œil gauche*. Depuis elle a toujours conservé cette anesthésie, du moins, pour ne pas dépasser ce qui a pu être observé, à quelque époque postérieure que je la transporte par suggestion, elle a toujours cette même anesthésie, quoique le reste du corps reprenne à certaines époques la sensibilité complète. Même tentative que précédemment pour la guérison : je la ramène avec l'enfant dont elle a horreur, je lui fais croire que l'enfant est très gentil et n'a pas la gourme, elle n'en est qu'à demi convaincue. Après deux répétitions de la scène, j'obtiens gain de cause et elle caresse sans crainte l'enfant imaginaire. La sensibilité du côté gauche réapparaît sans difficulté et quand je la réveille, Marie voit clair de l'œil gauche[1]. »

1. *Automatisme psychologique*, 1889, 439.

Un peu plus tard, dans notre description de Marcelle, une malade intéressante présentant surtout de l'aboulie et des idées fixes, nous remarquions que ses idées fixes se présentaient de deux manières bien différentes. Tantôt elles étaient nettes et complètes, exprimées par des hallucinations et des paroles pendant certaines attaques que nous avions appelées des crises de nuage et pendant des somnambulismes provoqués qui mettaient la malade dans un état du même genre ; tantôt ces idées étaient vagues, exprimées uniquement par des mouvements automatiques dont la malade ne se rendait pas compte ou par des doutes qui tourmentaient son esprit, pendant la veille, dans les intervalles lucides qui succédaient aux attaques[1]. Les idées n'existaient plus dans la seconde période qu'à l'état subconscient.

Enfin, dans notre dernière étude sur l'amnésie continue, nous avons montré que ces troubles de la mémoire dépendaient souvent de la persistance des idées fixes dans l'esprit des malades; « ces idées étaient quelquefois visibles et avouées par le sujet lui-même, qui se plaignait d'une obsession continuelle; quelquefois elles n'étaient pas exprimées clairement par le sujet, mais se manifestaient par des mouvements ou des attitudes significatives; souvent enfin, elles étaient très difficiles à découvrir, la malade semblait n'en avoir ni le souvenir, ni même la conscience claire, et il fallait user de toutes sortes de procédés psychologiques pour deviner ce rêve permanent qui empêchait la malade de comprendre et de synthétiser les sensations et les images.

Mme D. rentrait précisément dans ce troisième cas : elle prétendait, quand on l'interrogeait sur ce point, n'être troublée par aucune idée, par aucun rêve et avoir, sauf le manque de mémoire, l'esprit aussi libre que par le passé. La chose pouvait être vraie et cette amnésie continue pouvait être un fait primitif. Cependant les exemples précédents, si analogues au cas de Mme D., me montraient que les

1. Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes. *Revue philosophique*, 1891, I, 280.

idées fixes, même inconscientes, pouvaient jouer un rôle et qu'il fallait les chercher.

J'ai pu remarquer certains faits significatifs : 1° Mme D. avait de temps en temps, rarement il est vrai, de petites crises d'hystérie. Durant ces crises, elle manifestait une grande terreur et répétait sans cesse des phrases comme celles-ci : « Mon mari, mes pauvres enfants...! cette pauvre Jeanne qui n'a pas de robe de deuil.... Oh ! cet homme, le misérable...! etc.... » 2° La nuit, cette malade se comportait de deux manières fort différentes : quelquefois, et c'était le fait qu'on avait remarqué en premier lieu, quoiqu'il fût en réalité le plus rare, elle s'endormait assez profondément d'un sommeil calme et alors rêvait des incidents journaliers : « La Salpêtrière... Monsieur Charcot... les médecins en tablier blanc.... » Mais le plus souvent elle ne dormait pas du tout et voici pourquoi : dès qu'elle s'assoupissait un instant, elle se réveillait en sursaut toute tremblante, avec une frayeur terrible. Elle ne se rendait pas compte de ce qui l'avait effrayée, mais elle regardait de tous côtés, comme si elle avait l'idée vague que quelqu'un venait d'entrer. Cette terreur recommençait dès qu'elle s'assoupissait de nouveau, si bien qu'elle préférait garder les yeux ouverts et ne pas dormir. Ses voisines la croyaient endormie et ne s'apercevaient de rien. Une fois en somnambulisme profond, elle m'expliquait très bien ces terreurs nocturnes ; dès qu'elle dormait, elle avait une hallucination, voyait entrer l'homme qui l'avait effrayée au mois d'août et entendait distinctement ces paroles : « Madame D., préparez un lit, on vous amène votre mari qui est mort. » 3° Pendant le somnambulisme même, elle avait, quand on la laissait quelque temps livrée à elle-même sans lui parler, des soubresauts de terreur. Elle dressait la tête comme si elle écoutait quelqu'un, et murmurait quelques mots entre ses dents : « Oh ! cet homme, le misérable...! J'aimerais mieux mourir, je me tuerai,... etc. » Il n'était pas facile de la faire sortir de cet état de rêverie quand on l'avait laissée s'y enfoncer, car, à ce moment, elle devenait insensible, ce qui ne lui

était pas habituel. 4° Même pendant la veille, elle avait fréquemment des soubresauts, des cris étouffés qu'elle réprimait immédiatement, parce que, disait-elle, elle ne savait pas ce que cela signifiait. En un mot, les remarques précédentes nous donnent souvent à penser que l'événement terrifiant du 28 août n'a pas disparu de l'esprit de Mme D. ; il se reproduit sous forme d'hallucination beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit, il obsède l'esprit pendant la journée, il détruit le sommeil pendant la nuit[1]. »

En étudiant séparément les divers accidents de l'hystérie, nous aurons souvent l'occasion de signaler d'autres exemples de ces idées fixes subconscientes ; il ne faut signaler ici que les cas les plus caractéristiques pour faire comprendre les caractères généraux du phénomène. L'une des observations qui me paraissent mériter d'être rappelées ici en abrégé est celle d'une malade que j'ai déjà souvent signalée sous le nom d'Isabelle. Elle arrive à la Salpêtrière dans un état d'affaiblissement extrême, car, depuis six semaines, elle refuse absolument de rien manger. Les aliments ingérés n'ont jamais été vomis et sont parfaitement digérés ; il s'agit évidemment d'une anorexie purement mentale. Cependant ni les exhortations, ni les prières, ni les menaces n'ont rien obtenu : la malade semble essayer de manger, mais avant la première bouchée elle repousse tout avec horreur. Sans doute, dira-t-on, il s'agit là d'une idée fixe ; malheureusement il semble impossible de la découvrir. Isabelle a été interrogée de toute manière par bien des personnes, elle ne semble pas dissimulée, et quand on l'en presse elle avoue les choses les plus graves, celles qu'elle aurait toute raison pour tenir cachées, mais elle ne peut aucunement expliquer son refus d'aliments. « Je vous assure, dit-elle, que je ne pense pas du tout à ne pas manger, il me semble même que je mangerais volontiers ; mais au moment de commencer, cela m'étrangle, me dégoûte, je ne puis pas. Pourquoi ? je n'en sais rien, je vous assure que je ne pense pas à mourir et je commence même à avoir

1 Amnésie continue. *Revue générale des sciences*, 1893, 176.

peur, mais j'ai beau faire tous mes efforts, quelque chose m'empêche de manger. » Si on en reste là, on ne comprendra rien à cette malade et on la laissera mourir de faim. Examinons-la au contraire pendant tous les états subconscients, sommeil, délire de l'attaque, somnambulisme, écriture automatique, etc., nous allons retrouver toujours la même histoire. Sa mère, qui est morte, lui apparaît pendant les attaques, lui fait des reproches pour une faute qu'elle a commise, lui dit qu'elle est indigne de vivre et qu'elle doit la rejoindre dans le ciel et lui commande de ne pas manger. Cette hallucination se rattache à toute une suite d'événements antérieurs et il est évident qu'elle ne constitue pas à elle seule toute la maladie. Mais au moins tient-elle sous sa dépendance le symptôme de l'anorexie, car il suffit de la modifier pour que le symptôme disparaisse. La malade réveillée est tout étonnée de manger facilement sans avoir « ce quelque chose qui l'en empêchait ». Il est vrai qu'après la prochaine attaque, l'anorexie va recommencer, parce que l'hallucination s'est encore reproduite et a persisté sous forme de suggestion subconsciente. C'est ce délire subconscient qu'il faudra traiter chez elle.

Isabelle présente sans cesse des accidents qui ont le même caractère, je n'en citerai qu'un autre qui n'est pas sans intérêt pour l'étude de l'aliénation. La voici depuis huit jours sombre et triste, elle se cache et ne veut parler à personne. J'ai de la peine à obtenir d'elle quelques paroles qu'elle prononce tout bas en baissant les yeux : « Je suis indigne de parler avec les autres... je suis toute honteuse, j'ai un poids qui m'étouffe, comme un affreux remords qui me ronge.... — Un remords de quoi? — Ah! voilà ce que je cherche jour et nuit. Qu'est-ce que j'ai donc pu faire la semaine dernière? car, auparavant je n'étais pas ainsi. Dites-le-moi sincèrement est-ce que j'ai fait la semaine dernière quelque chose de très mal? » Cette fois, comme on le voit, il ne s'agit plus d'un acte, mais d'un sentiment, d'un état émotif général qu'elle interprète sous le nom de re-

mords; elle est également incapable de comprendre et d'exprimer l'idée fixe qui détermine ce sentiment. Si on distrait le sujet, on peut obtenir l'écriture automatique et la main écrit sans cesse un nom toujours le même, qui est celui de la sœur d'Isabelle morte depuis peu. Pendant les attaques et pendant les somnambulismes, nous constatons un rêve très compliqué dans lequel cette pauvre jeune fille se considère comme la meurtrière de sa sœur. C'est là un délire banal, dira-t-on; oui, mais il se présente d'une manière bien curieuse chez une hystérique : elle en subit seulement le contre-coup, elle en ressent l'état émotionnel, mais elle ignore absolument le délire lui-même, qui reste subconscient. Il faudrait décrire bien d'autres phénomènes présentés par cette jeune fille, nous les retrouverons à propos des délires hystériques; bien d'autres exemples viendront en effet confirmer peu à peu cette première description. Nous sommes heureux que plusieurs auteurs et en particulier MM. Breuer et Freund aient vérifié récemment notre interprétation déjà ancienne des idées fixes subconscientes chez les hystériques[1].

On voit par ce dernier exemple, que, dans certains cas, une petite partie de l'idée fixe peut être consciente. Isabelle sent qu'elle a un remords sans savoir lequel. Il arrive ainsi fréquemment que les hystériques peuvent se plaindre, pendant leur veille normale, d'un certain trouble mental et qu'elles ressemblent en partie à des obsédées. Célestine éprouve ainsi des sentiments de colère dont elle ne se rend pas compte. Berthe a des hallucinations subites qui sortent, dit-elle, « je ne sais d'où ». Tout d'un coup elle voit devant elle son oncle ou sa cousine auxquels elle ne pensait pas du tout l'instant précédent. Catherine sent une voix intérieure qui lui répète sans cesse : « Je suis poitrinaire, je ne pourrai plus marcher, tout est fini, etc. » Ces phénomènes apparents ne constituent qu'une petite partie de

1. Josef Breuer et Sigm. Freund in Wien. Ueber den psychischen Mechanismus hysterischen Phänomene. *Neurologisches Centralblatt*, E. Mendel, 1893, n° 1 et 2, extrait p. 6.

l'idée fixe. En réalité, il y a chez ces malades des rêves complets ayant rapport à une insulte chez l'une, aux malheurs causés à sa famille par son oncle chez l'autre, à la mort de sa tante phtisique qu'elle a veillée chez la troisième. Ces rêves sont subconscients et ne se manifestent nettement que par les procédés précédents; ils envoient des « messages » à la conscience normale et la troublent. De temps en temps, les idées fixes paraîtront remplir toute la conscience, mais cela n'arrive que dans des états anormaux des somnambulismes ou des attaques qui se séparent aussi de la conscience normale. Ces caractères de l'idée fixe sont assez nets et assez fréquents pour caractériser les hystériques; nous les retrouverons dans la plupart de leurs accidents.

§ 2. — DYSESTHÉSIES ET HYPERESTHÉSIES.

Parmi les accidents si nombreux de l'hystérie, les plus simples sont des troubles de la sensibilité. Il ne s'agit pas ici de ces diminutions de la sensibilité qui ont déjà été étudiées sous le nom d'anesthésies, mais de troubles plus accidentels et plus gênants pour le malade. Ce sont le plus souvent des altérations ou des exagérations de la sensibilité normale, des *dysesthésies* et des *hyperesthésies*.

Beaucoup d'hystériques semblent avoir des perceptions inexactes des impressions qui frappent leurs sens. Quelquefois il s'agit simplement d'une conséquence de leur anesthésie; elles disent par exemple que leurs aliments n'ont aucun goût, ressemblent à du sable et elles réclament du vinaigre et des condiments très épicés. Mais souvent, la transformation est plus complète et la malade accuse une perception différente de celle qu'un homme normal éprouverait dans ces conditions. L'une prétend que tout a une odeur d'éther, l'autre se plaint que sa soupe ait un goût de poison, quoiqu'elle ne puisse guère préciser ce goût. Une malade a une adoration pour la couleur rouge et

dans le rouge le plus terne, elle voit « des rayons étincelants qui vont jusqu'à son cœur et qui la réchauffent tout entière ». Une remarque de ce genre a servi de point de départ à la théorie qui attribue à toutes les hystériques une passion pour le rouge. Cela est loin d'être général, car voici Berthe au contraire qui trouve le rouge « une couleur répugnante et capable de donner des nausées ». Certains contacts donnent aux hystériques des sensations tout à fait anormales et c'est en partie à cause de cette remarque qu'ont été faites autrefois les études sur l'influence des aimants et des métaux. Léonie avait du plaisir à toucher le pôle sud des aimants, « le bon côté », mais elle avait horreur du pôle nord qui la contracturait; elle palpait des objets en or avec une évidente satisfaction et ce contact l'excitait étonnamment. Un malade de M. Gilles de la Tourette éprouvait une sensation de brûlure quand il touchait de l'or et avait même à cet endroit des marques rouges sur la peau[1]. M. Pitres a décrit avec soin un phénomène du même genre qu'il appelle une *haphalgésie* (ἅφη, contact, ἄλγος, douleur) : « C'est, dit-il, une variété de paresthésie caractérisée par la production d'une sensation douloureuse intense à la suite de la simple application sur la peau de certaines substances qui ne provoquent à l'état normal qu'une sensation banale de contact[2] ».

Peut-être faut-il faire intervenir dans certains cas très spéciaux quelque phénomène électrique ou chimique pour expliquer des faits de ce genre, mais, dans l'immense majorité des cas, il s'agit de choses beaucoup plus simples. Briquet avait déjà expliqué quelques-uns de ces faits avec beaucoup de bon sens : « Tout bizarres que paraissent ces appétits, disait-il, on trouve assez fréquemment leur raison d'être. Ainsi, une jeune femme qui mangeait avec délices la braise de sa chaufferette, m'a raconté que dès l'abord elle aimait beaucoup la croûte de pain; de là elle en vint à

1. Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, 165.
2. Pitres. *Leçons sur l'hystérie*, I, 65.

la croûte de pain grillée, puis à la croûte à l'état de charbon, puis graduellement au menu charbon. Je suppose que si l'on recherchait l'origine de beaucoup de ces goûts bizarres on en trouverait une aussi simple[1]. » J'ai suivi assez souvent ce conseil et j'ai pu apprécier sa valeur. Il est trop évident que l'odeur d'éther, le goût du poison se rapportent aux préoccupations des malades. Si Berthe trouve le rouge si répugnant, c'est que le rouge est la couleur du sang et lui rappelle la mort tragique de son père. Léonie éprouve des sensations bizarres au contact de l'aimant, c'est que tous les magnétiseurs qui l'ont étudiée se servaient avec elle d'un aimant et lui ont mis en tête les théories les plus fantaisistes sur le magnétisme. Ces idées sont devenues chez elle absolument fixes et indéracinables, et encore aujourd'hui, trente ans après la mort du magnétiseur, elles ont tout leur effet. On guérira tous les accidents de Léonie en appliquant alternativement sur le point malade les deux pôles d'un aimant; on aura une peine infinie pour les guérir si on ne connaît pas ce procédé. Nous faut-il beaucoup d'imagination pour comprendre pourquoi tous les sujets ont du plaisir à toucher des pièces d'or? On trouvera peut-être ces explications un peu terre à terre, mais il ne faut pas toujours mépriser les explications simples.

Des explications psychologiques de ce genre, qui ont déjà été souvent indiquées sous le nom de théorie de l'attention expectante ou de théorie de l'auto-suggestion, ont été vivement critiquées. On a fait observer que bien souvent le sujet n'attend rien, ne raisonne pas et éprouve cependant l'émotion dès qu'on applique sans le prévenir l'aimant ou le métal sur son bras. On peut répondre qu'il ne s'agit pas là d'un raisonnement, d'une attention volontaire, mais d'une association d'idées automatique chez des sujets extraordinairement prédisposés à ce genre de phénomènes.

M. Morton Prince, dans un travail très curieux, a insisté sur ces « association neuroses » dans lesquelles une asso-

1. Briquet. *Hystérie*, 254.

ciation d'idées correspondant probablement à une association de phénomènes nerveux, amène automatiquement la pensée et même la sensation d'une douleur à la suite de telle ou telle sensation déterminée[1].

On a objecté aussi que l'émotion se produisait même quand on appliquait l'objet sur le côté anesthésique du sujet et que, par conséquent, il ne pouvait être question de phénomènes psychologiques. On sait que, pour nous, l'anesthésie hystérique ne supprime pas la sensibilité et qu'il existe un grand nombre de suggestions à point de repère subconscient. Enfin plusieurs auteurs prétendent que des expériences ont été faites, dans lesquelles le sujet ne pouvait aucunement distinguer la nature de l'objet appliqué sur son bras et que la réaction se produisait toujours régulièrement. Un barreau non aimanté n'avait pas les mêmes effets qu'un barreau aimanté, une plaque de cuivre n'avait pas les mêmes effets qu'une plaque d'or. Ces expériences sont à mon avis extrêmement difficiles à faire ; il faut être seul avec le sujet et dans un laboratoire installé d'une manière toute particulière. Si on ne prend pas un très grand nombre de précautions, l'attitude, les gestes involontaires des assistants et de l'opérateur, des petits détails des appareils deviennent pour l'esprit du sujet des signes, des points de repère qui amènent automatiquement les phénomènes. Il ne faut pas oublier que la sensation cutanée même et surtout sur des membres anesthésiques peut être très fine. Si je touche légèrement, en dehors de son regard, la main gauche de Léonie, elle verra devant elle un bouquet; si une autre personne touche cette main, Léonie ne verra absolument rien. La différence du contact est bien minime, et cependant elle est toujours appréciée. Pourquoi le sujet ne sentira-t-il pas de même tel ou tel côté d'un barreau aimanté auquel il est habitué et qui présente des irrégularités connues? Pourquoi ne distinguera-t-il pas un

1. Morton Prince. Association neuroses : a study of the pathology of hysterical joint affections, neurasthenie and allied forms of neuromimesis. *Journal of nervous and mental diseases*, May 1891, p. 6.

aimant en fer d'un aimant en bois? Bien mieux, je crois que, sans être hystérique, on peut par le simple contact, distinguer certains métaux les uns des autres, leur surface et surtout leur température apparente qui dépend de leur degré de conductibilité ne sont pas identiques. Pourquoi cette distinction ne se ferait-elle pas dans l'esprit des malades? Il faut connaître toutes ces difficultés et en tenir grand compte dans les expériences.

Quand on expérimente de cette manière, on voit le plus souvent disparaître les phénomènes qui paraissaient étonnants. Quand j'ai expérimenté avec l'électro-aimant même sur les sujets les plus sensibles, j'ai vu que le sujet ne distinguait plus ni les pôles ni même l'aimantation. M. Ch. Richet, qui a fait ces expériences avec grand soin, est arrivé aux mêmes résultats. La Société anglaise *for psychical research* a institué un comité spécial, *The Reichenbach committee*, et a fait construire de beaux instruments sans parvenir à constater cette sensibilité. Que conclure? Qu'il ne faut pas nier l'existence de certaines dysesthésies d'origine physique et qu'il reste des études à faire sur le rôle de l'électricité, des aimants et des métaux; mais que, dans ces études, il faut se préoccuper sérieusement des phénomènes psychologiques, car les dysesthésies de beaucoup les plus nombreuses et les plus incontestables sont dues à des phénomènes d'association d'idées automatique.

Parmi les dysesthésies, il en est une qui nous paraît soulever quelques problèmes intéressants et mériter d'être étudiée séparément, c'est un trouble visuel désigné sous le nom de *diplopie monoculaire*. Quelques malades, en petit nombre à mon avis, viennent se plaindre d'un trouble particulier de la vision; ils voient double. Le plus souvent, cette diplopie est binoculaire et résulte naturellement d'un défaut de convergence des axes optiques, quelle qu'en soit la cause. Mais quelquefois l'observateur est amené à faire une remarque singulière, c'est que cette diplopie persiste même uand on ferme un œil de la malade, que, en un mot, elle

peut être monoculaire. Le fait est assez étrange pour avoir attiré l'attention, et beaucoup d'interprétations en ont été proposées. Ces théories peuvent être rangées dans deux catégories, les théories physiques et les théories psychiques. Je veux simplement dire par là que, pour les uns, il se produit dans l'œil même une altération qui aboutit à la formation de deux images sur la rétine; si on pouvait voir les images peintes sur cette rétine, on constaterait qu'il y en a réellement deux; pour les autres, les phénomènes optiques qui se passent dans l'œil sont restés normaux, et il n'y a qu'une seule image de l'objet peinte sur la rétine : c'est une altération cérébrale qui amène le sujet à croire à l'existence de deux images, à doubler les objets par une sorte d'hallucination visuelle élémentaire. Skokalski, 1840, Duguiolle, Guépin, Découdé, Gut et Fick, 1856, et surtout M. Parinaud, ont réuni tous les arguments favorables à la première interprétation. Pour M. Parinaud, il s'agit là d'un spasme du muscle accommodateur qui contracte inégalement les divers segments du cristallin et détermine la formation sur la rétine de plusieurs images distinctes du même objet[1]. Cet auteur s'appuie sur un détail très important qu'il a eu l'obligeance de nous faire constater sur une malade, Justine, que nous prenons comme exemple de diplopie monoculaire. Ce symptôme s'accompagne évidemment d'un trouble de l'accommodation : la malade n'accommode exactement que pour un point situé à une distance déterminée de l'œil, en deçà et au delà, elle a de la peine à discerner les objets. Or la diplopie semble bien en rapport avec le spasme de l'accommodation, puisqu'elle disparaît quand on place l'objet directement au point par lequel l'œil est accommodé et n'existe réellement que si on avance ou si on recule l'objet. Bien mieux, si par des verres appropriés on modifie cette accommodation, la diplopie disparaît même quand l'objet reste placé à une distance où précédemment il était

1. Parinaud. De la polyopie monoculaire dans l'hystérie et les affections du système nerveux. *Annales d'oculistique*, mai, juin 1878.

vu double. M. Parinaud nous semble avoir montré une des conditions du phénomène, les troubles de l'accommodation; cette condition est-elle la seule?

Plusieurs auteurs, Fallot, Galezowski, 1865, Adams, Ord, 1881, Fontan, 1885, ont expliqué le fait par un désordre cérébral qu'ils décrivent d'une façon plus ou moins précise. Enfin M. Brunschvig, du Havre, nous paraît avoir fait faire à la question un pas très important en se plaçant résolument sur le terrain psychologique et en montrant par diverses expériences que le mécanisme physique de l'œil ne peut expliquer tous les détails de la diplopie monoculaire[1]. Nous allons répéter sur une malade, sur Justine, quelques-unes des expériences de M. Brunschvig en y ajoutant quelques détails nouveaux, « l'œil gauche étant fermé, un bâton de cire rouge est placé droit devant l'œil droit; il est vu double, la distance qui sépare les deux images est d'environ 5 centimètres et les deux bâtons sont vus bien parallèlement. Nous nous éloignons jusqu'à 4 mètres avec le bâton tenu verticalement et il est toujours vu double; les deux images conservent toujours le même écartement, quelle que soit la distance. » Justine modifie un peu l'écartement des images si on s'éloigne; il est difficile de le vérifier, car elle voit très mal et très troubles les objets éloignés. Mais j'ai remarqué un autre détail relatif au même fait, l'écartement qu'elle attribue aux deux images est très variable, non suivant la distance, mais suivant la nature des objets qu'on lui montre. Si je lui montre une allumette placée à 1 mètre, elle prétend en voir deux séparées par 3 ou 4 centimètres, si je lui dis de regarder ma tête placée au même point, elle répond que j'ai deux têtes bien séparées l'une de l'autre, c'est-à-dire qu'elle sépare deux points comme les deux nez de 30 centimètres au moins.

« Nous plaçons alors le bâton horizontalement et transver-

1. Brunschvig. La diplopie monoculaire. *La Normandie médicale*, 15 août 1889, 285.

salement devant l'œil, et à ce moment, les images sont superposées avec le même écartement que pour l'expérience précédente. Nous l'inclinons ensuite à 45 degrés devant l'œil et graduellement jusqu'à ce qu'il arrive horizontalement dans le prolongement de l'axe visuel, et dans toutes ces positions, il est vu double avec images superposées. » Cette expérience est intéressante, car il n'y a pas d'appareil optique capable de dédoubler toujours un objet de la même manière, en laissant toujours les extrémités des images absolument superposées dans toutes les positions, je l'ai reproduite avec Justine de la manière suivante. Je trace sur un papier une ligne droite *a b*, et comme elle déclare en voir deux, je la prie de suivre avec un crayon les lignes qu'elle voit. L'une des lignes tracées par le crayon coïncide avec la mienne, la seconde *a' b'* est toujours parallèle et superposée à la mienne, fig. 2. Je dois ajouter qu'un de mes amis, M. Mergier, m'a communiqué des dessins obtenus de la même manière chez une autre malade qui présentait de la diplopie monoculaire et dans lesquels le parallélisme des images se modifie avec l'inclinaison donnée à la ligne primitive, fig. 3. Je n'ai jamais observé moi-même un cas semblable.

M. Brunschvig ajoute une dernière expérience qu'il considère avec raison comme démonstrative. La malade atteinte de diplopie monoculaire de l'œil droit, regarde dans la boîte de Flees[1] avec les deux yeux ouverts ; elle prétend voir trois pains à cacheter, deux à droite et un à gauche ; or celui qui est à droite et qu'elle voit double est précisément celui que seul l'œil gauche peut percevoir. Cette expérience ne peut être répétée avec Justine, car elle a de la diplopie monoculaire pour chaque œil considéré isolément ; quand elle regarde dans la boîte de Flees elle voit 4 pains à cacheter. Nous ajouterons seulement un détail pour montrer combien l'interprétation psychologique joue un grand rôle dans la diplopie. Quand elle regarde une tête et la voit

1. Pour l'usage de la boîte de Flees. Voir *Stigmates mentaux*, p. 27.

double, elle entend aussi deux voix et prétend qu'elles sont différentes l'une de l'autre.

Il faut, croyons-nous, reconnaître d'après les expériences précédentes, que dans certains cas au moins, la diplopie monoculaire n'est pas un fait uniquement physique dans le sens que nous avons indiqué. Le trouble d'accommodation

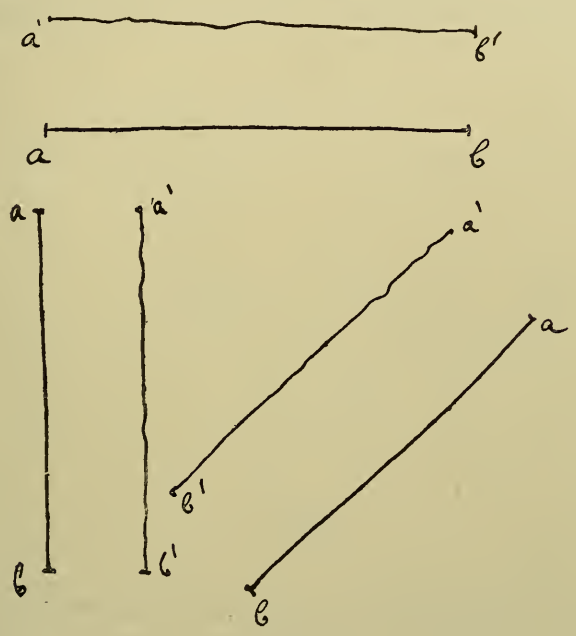

Figure 2.

étudié par M. Parinaud est le point de départ d'une illusion ; la malade en réalité voit troubles et non pas doubles les objets qui ne sont point exactement au point pour lequel son œil est accommodé. C'est par une hallucination habituelle, par une idée fixe que s'engendre la diplopie véritable. Il est probable que ce phénomène de diplopie peut se produire de bien des manières; à côté de la diplopie d'origine physique dont parle M. Parinaud, il y a lieu de placer une diplopie psychique.

Mais d'où vient une aussi singulière idée fixe? Dans l'observation de M. Brunschvig, l'origine de la diplopie était fort nette et fort simple. La malade était strabique. « Au début de son strabisme, les deux yeux étant ouverts, il y a eu à plusieurs reprises des images doubles. Or, comme c'était l'œil droit qui louchait, il n'en a pas fallu davantage à Z. pour lui attribuer cette diplopie. Une fois cette idée bien arrêtée dans son esprit, dès qu'on a voulu la mettre en

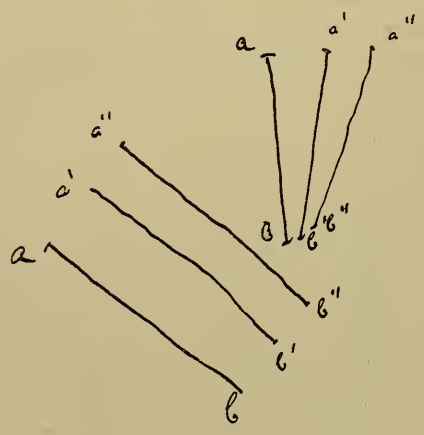

Figure 3.

évidence, il a suffi de lui faire regarder un objet avec son œil droit seul pour qu'immédiatement elle le dédoublât. » Cette explication ne peut malheureusement pas s'appliquer à notre malade qui ne louchait pas. Mais il y a chez Justine un autre fait extrêmement intéressant pour la théorie morale de l'hystérie et qui doit jouer ici un rôle analogue. Elle a remarqué elle-même qu'elle est incapable de regarder avec les deux yeux simultanément. « Je sens très bien, dit-elle, que je regarde avec un œil ou avec l'autre, mais jamais avec les deux ensemble; il y a un œil qui ne travaille pas et il est même douloureux. Je puis d'ailleurs changer, et c'est l'autre œil qui ne regardera pas et qui me sera gênant. » M. Parinaud nous a montré une expérience

ingénieuse qui permet de vérifier son dire. Pendant qu'elle lit un livre, un crayon placé verticalement devant ses deux yeux ouverts l'empêche de lire certaines lettres; cela n'arriverait pas si elle voyait avec les deux yeux. Quand elle éssaye de regarder avec les deux yeux, elle voit double et c'est alors une diplopie binoculaire conforme aux lois connues. Cette diplopie binoculaire résulte chez elle d'un défaut de convergence et d'un défaut de fusionnement des images si souvent signalé par M. Parinaud chez les hystériques. D'ordinaire cette diplopie binoculaire ne la gêne pas, car, grâce à un procédé maintenant bien connu, elle cesse de percevoir l'image de l'œil qui ne regarde pas; elle en fait abstraction et n'en a pas la perception personnelle. Il se peut que certains malades commencent ainsi par un défaut de la vision binoculaire et finissent, en négligeant les sensations d'un œil, par créer l'amaurose unilatérale. Mais ici, la malade peut encore voir de chaque œil séparément. Faut-il rattacher ce défaut de vision binoculaire aux troubles de l'attention si considérables chez cette malade? Faut-il rappeler qu'elle est incapable de percevoir deux sensations à la fois, même deux sensations tactiles? En tout cas, il est probable que cette diplopie binoculaire, résultant d'un trouble dans la convergence des yeux et dans le mécanisme de l'attention, a été le point de départ chez elle de cette idée fixe qui lui fait voir deux images avec un seul œil dès que la vision est un peu confuse. Certains cas de diplopie monoculaire nous paraissent se rattacher ainsi aux troubles de l'attention et à l'automatisme des idées fixes.

Parmi les troubles de la sensibilité, ceux qui forment les accidents les plus importants sont les hyperesthésies ou mieux les hyperalgésies. Certains points du corps semblent doués d'une sensibilité si délicate qu'ils sont constamment douloureux et deviennent le point de départ de douleurs vives et d'autres accidents dès qu'ils subissent le plus léger contact. Ces phénomènes nous semblent encore assez

mal connus. Briquet voulait les placer au premier rang parmi les stigmates. Il me semble que la plupart des hyperesthésies, au moins celles que j'ai pu étudier et comprendre, se rattachent étroitement à des idées fixes et c'est pourquoi je les ai décrites comme des accidents de l'hystérie. Ces exaltations de la sensibilité ont été classées de bien des manières; on peut comme Briquet les distinguer suivant les organes affectés et décrire des dermalgies, myosalgies, arthralgies, céphalalgies, néphralgies, cystalgies, hysteralgies, cœlialgies, thoracalgies, pleuralgies, etc.[1]. On peut aussi reproduire la classification qui nous a souvent rendu des services et distinguer des hyperesthésies systématiques, localisées et généralisées. Ces distinctions peuvent être utiles à certains points de vue, mais comme nous désirons surtout mettre en relief le caractère général des hyperesthésies d'origine psychique, nous proposons de séparer surtout les hyperesthésies vraies des hyperesthésies fausses.

Les hyperesthésies méritent d'être appelées vraies quand on constate une véritable exagération dans la finesse, dans l'acuité d'un sens. Beaucoup d'auteurs ont décrit des merveilles attribuées à des hystériques, des acuités sensorielles donnant l'illusion de la lucidité. Je crois que ces hyperesthésies sont beaucoup plus rares qu'on ne le croit et qu'une certaine perspicacité du sujet, des réflexions plus ou moins conscientes jointes à des sens très ordinaires, permettent le plus souvent de comprendre ces prétendues merveilles. Je ne mets pas en doute cependant certaines exaltations des sens qui ont été observées soit pendant la veille, soit plus fréquemment pendant le somnambulisme. N'ayant pas eu l'occasion d'observer sur ce point des faits bien caractéristiques, je me bornerai à répéter l'opinion exprimée déjà souvent par les anciens magnétiseurs et qui me semble fort vraisemblable. Les hystériques sont capables de déplacer très facilement leur attention; de même qu'elles peuvent négliger et oublier complètement certaines sensations, elles

1. Briquet. *Op. cit.*, 229-263.

peuvent concentrer toute leur puissance de pensée sur certaines autres. Nos sens peuvent être mis en action par des impressions fort minimes que nous négligeons ordinairement de percevoir. On a pu, non sans raison, soutenir que les sensations subconscientes étaient beaucoup plus fines que nos perceptions conscientes. Ce sont ces phénomènes ordinairement subconscients qui pénètrent dans la perception personnelle, quand notre attention est vivement excitée[1]. Ce sont probablement des phénomènes de ce genre qui éveillent par association d'idée les rêveries et les divinations des somnambules lucides. Léonie n'est pas capable, quand on l'interroge, de distinguer ma main de celle des autres par un léger et rapide contact. Cependant cette distinction s'effectue fort bien à son insu quand je touche sa main anesthésique et elle amène à sa suite plusieurs phénomènes automatiques très caractéristiques. L'étude psychologique de l'hyperesthésie vraie, quand elle sera faite avec précaution sur des cas bien nets, fera découvrir des caractères intéressants de la sensation inconsciente et précisera nos connaissances sur la puissance de l'attention.

Certaines hyperalgésies peuvent encore être considérées comme vraies, ce sont les douleurs que les hystériques ressentent souvent dans la tête. Je ne parle pas des sensations superficielles, de la sensibilité exagérée de certains points du cuir chevelu, mais d'une douleur cérébrale qui ne se rattache à aucune idée fixe et que plusieurs malades très différentes les unes des autres m'ont paru éprouver régulièrement dans les mêmes circonstances. Je signalais récemment cette douleur en décrivant la guérison de l'amnésie si complète de Mme D. « Le retour des souvenirs, l'opération, quelle qu'elle fût, par laquelle la personnalité rentrait en possession de ces souvenirs si longtemps oubliés, s'accompagnait de violentes douleurs de tête. J'ai vu Mme D. crier de douleur, éprouver des vertiges à ne plus pouvoir se tenir debout et même délirer quand elle rentrait en possession

1. H. Oppenheim. *Thatsächliches und hypothetisches über das wesen der hysterie*, october 1889, 5.

d'un groupe important de souvenirs. Ces symptômes s'atténuaient et même disparaissaient quand les souvenirs étaient définitivement acquis.[1] » Ce phénomène est fréquent chez les hystériques; je l'ai constaté au début des grandes attaques, au réveil des somnambulismes profonds ou bien au moment du passage d'un état somnambulique à un autre. Il se montre surtout chez les hystériques tourmentées par des idées fixes et principalement quand on cherche à modifier ces idées fixes. Les malades expriment cette douleur en disant qu'elles ont une pierre dans la tête, qu'elles ont de l'eau dans la tête, et souvent elles construisent un délire sur cette douleur. Marcelle se plaignait d'avoir une bête dans la tête qui lui rongeait le cerveau et j'ai été surpris d'entendre dernièrement Maria, qui n'a jamais eu aucun rapport avec la première malade, employer exactement les mêmes expressions. Il est inutile de dire que nous ignorons absolument quel est le phénomène physiologique qui donne lieu à une pareille douleur.

Les hyperesthésies qui intéressent le plus le médecin quand il étudie les accidents de l'hystérie, sont les hyperesthésies fausses ou les hyperesthésies par idée fixe. Sur des points du corps très variés se développe une sensibilité en apparence tout à fait exquise. Le plus léger contact provoque de grandes douleurs, des cris, des spasmes et même des attaques. Ces points peuvent se rencontrer à peu près sur toute la surface du corps, sur tous les organes, même sur le nez, comme nous l'avons vu une fois, ou sur la muqueuse des narines, comme le décrit M. Gilles de la Tourette[2]. Cependant ces zones douloureuses siègent le plus souvent sur des points particuliers, sur les organes génitaux, les testicules ou les ovaires, sur l'abdomen, sur les articulations, le genou ou la hanche particulièrement. L'ovarie, les hyperesthésies abdominales, les arthralgies, les coxalgies hystériques, le genou de Brodie, etc., sont des manifestations bien connues de la névrose. Nous ne

1. L'amnésie continue. *Revue générale des sciences*, 1893, 178.
2. Gilles de la Tourette. *Op. cit.*, 303.

voulons pas faire l'historique de ces recherches, ni entreprendre la description médicale de ces symptômes, ces études sont faites d'une façon très complète dans les ouvrages de M. Pitres et de M. Gilles de la Tourette[1]. Nous nous bornons à étudier les phénomènes psychologiques qui accompagnent ou qui provoquent ces sensibilités anormales.

Quelques remarques me semblent justifier la dénomination d'hyperesthésie fausse que nous avons appliquée à ce fait pour le distinguer des douleurs qui accompagnent les lésions importantes et des cas d'hyperacuité véritable des sens. C'est un fait bien connu que ces douleurs si violentes ne s'accompagnent pas d'ordinaire d'altérations organiques. « Absence de rougeur et de tuméfaction, disait M. Pitres, peu ou point de douleurs spontanées, pas de sensibilité à la percussion du talon, pas de rétractions musculaires, ni d'attitudes vicieuses, quelle est la lésion organique qui pourrait persister pendant près de deux ans avec cet ensemble de symptômes négatifs[2] ? »

Elles ne sont pas non plus accompagnées d'une délicatesse particulière de la sensation. H. semble effrayée dès que je veux toucher son bras, elle suit avec terreur mon doigt qui s'approche, elle saute et pousse des cris affreux dès que j'effleure sa peau. J'ai cru d'abord pouvoir étudier sur ce cas l'hyperesthésie tactile, et j'ai voulu mesurer avec précision cette sensibilité qui paraissait étonnamment délicate. Après avoir calmé la malade, lui avoir promis cent fois que je n'appuierai pas bien fort, je lui ai fait détourner les yeux et j'ai appliqué sur son bras l'æsthésiomètre. Je fus étonné d'abord de constater que la malade criait également pour tous les contacts quels qu'ils fussent et ne paraissait pas souffrir autrement quand j'appuyais très fort ou très peu. En second lieu, elle distinguait très mal l'écartement des deux pointes de l'instrument et ne reconnaissait pas les objets mis sur

1. Pitres. *Op. cit.*, I, 181. — Gilles de la Tourette. *Op. cit.*, 222.
2. Pitres. *Op. cit.*, I, 188.

sa peau. Comme le disait M. Féré, après avoir fait des remarques semblables, « ce n'est qu'une exagération de la sensibilité à la douleur, le simple contact est moins senti qu'il ne l'est du côté sain [1]». Y a-t-il même une véritable exagération de la sensibilité à la douleur? Cette sensibilité est fort confuse, puisque toutes les impressions provoquent la même douleur sans variations, sans nuances. Chez une autre malade, j'ai constaté à ce propos un fait plus décisif encore : elle hurlait dès qu'elle *voyait* ma main approcher de son ventre, mais quand je lui faisais détourner les yeux et que je lui parlais d'autre chose, elle ne s'apercevait même pas que je pinçais fortement la peau du ventre ou que j'appuyais sur lui. Son ventre si hyperesthésique en apparence était en réalité... anesthésique. Brodie avait déjà remarqué autrefois, à propos de la coxalgie hystérique, que la douleur est plus forte, quand la malade « voit l'examen auquel on la soumet; si au contraire quelque chose vient à la distraire, c'est à peine si elle profère une plainte[2] ». Ajoutons que nous avons aussi vérifié à ce propos une ancienne remarque de Briquet[3]. Cette hyperesthésie n'est pas constante et plusieurs malades, H. et M. par exemple, n'ont plus cette sensibilité anormale quand ils sont en somnambulisme. En un mot, cette hyperesthésie variable et contradictoire ne s'accompagne en réalité d'aucune modification sérieuse de la sensibilité. Le sens tactile et même le sens de la douleur sont restés normaux à cet endroit du corps et c'est ce que j'ai voulu exprimer en appelant ce phénomène une hyperesthésie fausse.

En quoi consiste donc le phénomène? Il semble se rattacher évidemment à des phénomènes psychologiques. Souvent en effet l'hyperesthésie est systématique : Estelle, la malade du Dr Despine, pousse des cris dès qu'une personne étrangère veut la toucher, mais elle ne souffre plus quand elle est remuée par sa mère ou sa doucheuse habi-

1. Féré. *Arch. de neurologie*, 1882, I, 285.
2. D'après Gilles de la Tourette. *Op. cit.*, 236.
3. Briquet. *Op. cit.*, 656.

tuelle[1]. Que de somnambules ne se laissent toucher que par leur magnétiseur et souffrent dès qu'une autre personne les approche. Beaucoup de sujets qui ne peuvent être touchés sur une de leurs zones sensibles sans avoir une attaque, peuvent les toucher eux-mêmes sans résultat[2]; j'ajouterai que le plus petit frôlement provoque de grands phénomènes quand il est fait expérimentalement et que sans cesse ont lieu dans la journée des frottements accidentels causés par les vêtements ou les objets, sans que le malade se plaigne de rien. Quand ces hyperesthésies sont localisées, elles n'ont pas une répartition anatomique, mais bien plutôt fonctionnelle ; « elles se superposent à la fonction[3] » entendue d'une manière grossière, populaire, comme les anesthésies dont nous avions admis pour ces mêmes raisons la nature psychologique.

Cette supposition se vérifiera si nous considérons encore la régularité monotone de ces hyperesthésies qui persistent exactement semblables pendant des années. Le contact de tel point amène toujours telle douleur, tel geste, telle attitude du sujet. Les maladies organiques ne restent pas ainsi immuables ; au contraire, on sait quelle est la durée et la régularité de l'automatisme psychologique. Les procédés dont usait le Dr Perrier en 1865 pour endormir ou réveiller Léonie, pour la contracturer ou la mettre en catalepsie ont encore le même succès aujourd'hui. Une somnambule bien dressée conserve indéfiniment les mêmes habitudes morales. Nous avons le droit de comparer ces phénomènes de suggestion avec les hyperesthésies hystériques, car on sait précisément que la suggestion a la plus grande influence sur ce phénomène. « Au début, disait M. Séglas en parlant d'une malade de ce genre, un attouchement quelconque provoquait les attaques ; aujourd'hui il faut pour cela l'attouchement de zones déterminées.... D'ailleurs même en pressant sur ces dernières, si on a soin

1. Despine d'Aix. *Op. cit.*, 24.
2. Pitres. *Op. cit.*, 47.
3. Gilles de la Tourette. *Op. cit.*, 230.

en même temps de faire à la malade des suggestions appropriées, l'attaque ne se produit pas[1] ». Les zones se modifient par bien des procédés, l'aimant, les passes, l'insufflation, etc., qu'on nous permettra de considérer comme des procédés psychiques.

Il n'est pas impossible d'aller plus loin et de déterminer quel est le phénomène psychologique qui intervient ici. Il suffit d'examiner en détail l'accident initial, et de comparer les phénomènes qui se passent aujourd'hui quand on touche la zone malade avec ces événements du début.

Il y a presque toujours un accident très net qui a déterminé une véritable souffrance au début de ces hyperesthésies qui semblent prolonger indéfiniment une douleur d'un moment. Je ne puis que rapporter quelques exemples, car les faits sont extrêmement nombreux. Quelquefois une maladie réelle cause une douleur locale qui devient le point de départ d'une hyperesthésie hystérique. M. Guinon rapporte de nombreux exemples de lésions chirurgicales, tumeurs, ou autres devenant le siège de points hystériques[2]; il montre dans une observation curieuse qu'un individu syphilitique et hystérique présente une céphalée que l'on peut pour bien des raisons rattacher à l'hystérie et qui semble copier cependant les caractères d'une céphalée syphilitique antérieure[3]. Rost, dont j'ai recueilli l'observation dans le service de M. Hanot, est un homme qui aujourd'hui est évidemment atteint d'hystérie, mais il se plaint surtout de points douloureux dans la cuisse droite ; le premier de ces points siège au milieu de la fesse, l'autre à la région du trochanter, le troisième un peu plus bas dans la même direction. Ce sont bien, semble-t-il, les points de la sciatique, cependant il est probable qu'il ne s'agit pas de cette affection. Le membre n'est pas impotent, l'extension brusque du genou n'est pas douloureuse, la douleur,

1. Séglas. Des dangers de l'hypnotisme. *Société médico-psychologique*, 29 octobre 1888.
2. Georges Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*, 1889, 180.
3. Georges Guinon. *Op. cit.*, 298.

quand on presse ces points, a des caractères bien nets; elle est invariable quel que soit le degré de pression, et elle amène de grandes attaques d'hystérie. Ce sont des points hystériques, mais ils se sont développés à l'endroit où existaient les douleurs d'une véritable sciatique que le malade a eue l'année dernière. Plus souvent encore, la douleur initiale a été causée par un accident. Dans quelques observations de M. Gilles de la Tourette, une hyperesthésie de la face a pour point de départ la douleur d'une dent cariée[1], les points hyperesthésiques d'un membre ont été, par accident, serrés avec une corde, etc.[2] Parmi les malades que j'ai observées, Dec. a été mordue par un chien au mollet droit, c'est là que siège un point hyperesthésique et hystérogène, Herb. est tombée sur le ventre, hyperesthésie de la paroi abdominale, Smi... a été projeté contre un bec de gaz, hyperesthésie énorme de la région abdominale; deux ans après l'accident, il porte encore sur le ventre un gros paquet de ouate pour le protéger contre les attouchements ; quand on lui parle, il écoute à peine, car il est tout le temps préoccupé de suivre des yeux les mains de son interlocuteur, de peur qu'elles ne puissent approcher de son ventre. Le souvenir, l'image d'une douleur ancienne, semble être associée avec une sensation particulière et se reproduire dès que ce signal est donné.

On objectera qu'il n'en est pas ainsi toujours et que bien des points hyperesthésiques siègent sur des régions indemnes de toute douleur antérieure ou de tout traumatisme. Sans doute, il y a des points dont la formation est difficile à expliquer dans tel ou tel cas particulier; mais, si je ne me trompe, ces points hyperesthésiques rentreront facilement dans l'une ou l'autre des catégories suivantes. Il ne faut pas oublier que beaucoup d'hystériques arrivent à localiser leurs souffrances d'abord très vagues, soit par l'imitation des autres malades, soit à la suite des investigations médicales. D'autre part, certains organes sont naturellement

1. Gilles de la Tourette. *Op. cit.*, 275.
2. Gilles de la Tourette. *Op. cit.*, 247.

sensibles et deviennent très facilement le point de départ de douleurs, comme l'estomac, les testicules, les ovaires. Ces derniers organes sont presque toujours douloureux pendant la grossesse, ils le sont fréquemment pendant les règles, est-il invraisemblable qu'une de ces douleurs plus ou moins passagère ait frappé l'esprit de la malade comme un accident sérieux? Ajoutons d'ailleurs, comme M. Charcot l'a remarqué autrefois[1], qu'il y a souvent dans l'hystérie une congestion, une turgescence de beaucoup d'organes vasculaires qui peut augmenter la sensibilité de l'ovaire. Nous avons plusieurs fois observé ce fait sur le corps thyroïde, beaucoup d'hystériques ont un goitre qui augmente dans les émotions et les attaques, et dont la surface est particulièrement sensible. Enfin, il ne faut pas oublier combien sont fréquentes chez les hystériques les associations d'idées et de sensations même les plus étranges. MM. Breuer et Freud qui ont constaté comme nous le rôle des idées fixes dans les phénomènes hystériques, remarquent que la plus petite douleur tout à fait insignifiante et accidentelle survenant pendant le repas peut être le point de départ d'une gastralgie tenace, que « le rapport entre la provocation et l'accident peut être symbolique; une douleur morale peut donner naissance à une névralgie, un dégoût moral, à un vomissement[2] ». Ces auteurs citent comme exemple l'observation d'un homme très intelligent qui assiste à une opération faite sur la hanche ankylosée de son frère. Au moment où l'articulation craque, il ressent une violente douleur dans sa propre hanche, douleur qui persiste depuis un an. Je citerai dans le même sens l'observation suivante que j'ai prise sur une malade du service de M. Charcot. Faidh. se plaint d'une douleur dans les jambes et je constate une hyperesthésie cutanée intense à la face interne des cuisses. Cette hyperesthésie se greffait sur un état hystérique indiscutable, mais semblait difficile à expliquer en elle-même. En interrogeant

1. Charcot. *Maladies du syst. nerv.*, I, 329.
2. Breuer et Freud. *Op. cit.*, 3.

la malade et en l'examinant, je constate avec surprise qu'elle est vierge, quoique mariée depuis 3 ans. La confession ne fut pas difficile à obtenir, simplement à l'état de veille. La malade a toujours eu horreur de son mari et n'a jamais pu se résoudre à tolérer ses approches. L'horreur morale s'est traduite par une hyperesthésie de la région des adducteurs, les *custodes*. Les hyperesthésies qui ne dépendent pas nettement d'un accident initial rentreront toujours dans l'une des catégories précédentes, et peuvent donc encore être considérées comme des formes particulières d'idées fixes.

Non seulement nous pouvons constater l'idée fixe au début de la maladie, mais nous pouvons quelquefois montrer qu'elle existe encore maintenant dans l'esprit du sujet, quoiqu'il ne puisse pas toujours en rendre compte. Je ne citerai que deux cas, car ils demandent quelques développements pour être compris.

Colinm. (observation prise dans le service de M. Hanot) était chauffeur sur une locomotive, quand il fut victime d'un grave accident de chemin de fer; ramassé sous les décombres, il avait une assez grave blessure à l'abdomen qui ne fut guérie qu'après six mois de séjour à l'hôpital. Cependant il ne présente aucun accident nerveux et se rétablit complètement. Six ans plus tard il éprouve de violentes et terribles émotions, il voit sa femme mourir dans son lit à ses côtés d'hémorrhagie cérébrale, et peu après il perd un enfant de la diphtérie. Le voici triste, déprimé, rêveur, il souffre d'une manière vague, et enfin il vient à l'hôpital se faire soigner, car il doit avoir une maladie dans le ventre. L'abdomen en effet est extrêmement météorisé, et il est le siège d'une hyperesthésie intense.

Eh bien, je n'hésite pas à dire que cette hyperesthésie abdominale survenue six ans après l'accident de chemin de fer est due à l'idée fixe persistante de cet accident. Col... s'est bien porté pendant ces six années, mais il a été obligé de renoncer à d'anciennes habitudes d'intempérance à cause d'un fait singulier. Autrefois, quand il se laissait

entraîner à boire avec des amis un peu plus qu'il ne convenait, il avait l'ivresse fort gaie. Depuis son accident, il a remarqué qu'il ne pouvait pas s'enivrer, l'ivresse le rendait lugubre et lui donnait des terreurs, il ne parlait que d'une locomotive se précipitant sur lui et « à chaque ivresse il souffrait cruellement de sa blessure pourtant bien cicatrisée ». Aujourd'hui, si on appuie sur la cicatrice, on provoque une attaque d'hystérie. Dans cette attaque, il ne songe pas un instant à ses chagrins récents, il ne parle que du chemin de fer, il ouvre des yeux terrifiés en voyant le train qui se précipite sur lui, et tombe à la renverse écrasé. Cet homme souffre consciemment de ses chagrins actuels, mais cet état de dépression a permis le développement d'une ancienne idée fixe datant de six ans et qui n'apparaissait autrefois que dans les ivresses.

Maria, que j'observe depuis plus de trois ans, n'a jamais présenté d'accidents hystériques du côté de l'abdomen, elle n'a même pas eu d'ovarie. Cependant elle est atteinte d'une métrite assez grave compliquée de salpingite légère. Il y a quelques mois, inquiété par certains symptômes, j'ai conduit cette malade à M. Térillon pour un examen gynécologique. M. Térillon a eu l'obligeance non seulement d'examiner avec soin la malade que je lui présentais, mais encore de me donner quelques explications sur les symptômes que j'avais observés, il nous a parlé des grosseurs que l'on appréciait par le toucher, de leur peu d'importance, et il a déclaré que cette malade n'avait aucunement besoin d'une opération. Quelque temps après, Maria vient me dire qu'elle souffre horriblement du ventre et qu'elle désire savoir si elle est enceinte. En réalité, son ventre était météorisé d'une façon surprenante, et présentait dans la partie inférieure une plaque d'hyperesthésie. Elle ne se rendait aucun compte de l'accident, puisqu'elle parlait de grossesse, et cependant, dès qu'elle fut mise en somnambulisme, elle nous donna l'explication du phénomène : « c'est la tumeur dont M. Térillon a parlé ». L'idée fixe complètement subconsciente, absolument ignorée par la

malade éveillée, était des plus faciles à constater et à modifier.

Peu à peu, nous avons pénétré la nature psychologique de ces hyperesthésies hystériques ; ce ne sont pas des exagérations de la sensation tactile, ni même de la sensation de douleur provoquée par le contact, ce sont des hyperesthésies fausses, uniquement dues aux idées réveillées par association à propos de ce contact. Aussitôt que le sujet *sait* que la peau de l'endroit malade a été touchée, soit qu'il l'apprenne par la vue, soit qu'il le sache par la sensation tactile restée normale, il éprouve non pas une douleur proprement dite et localisée, mais une émotion générale, une angoisse, une terreur épouvantable. Ces émotions amènent des troubles respiratoires, et des mouvements de défense, des spasmes et même des attaques complètes. Enfin le sujet a souvent, au même moment, l'esprit envahi par des hallucinations plus ou moins nettes, par des souvenirs pénibles ou terrifiants. Tout cet ensemble de phénomènes psychologiques se reproduit régulièrement à l'occasion du contact d'une certaine région du corps. La sensation n'est pas douloureuse en elle-même par son intensité, mais par sa qualité, ses caractères, elle est devenue le signal auquel se rattachent par association d'idées un ensemble de phénomènes extrêmement pénibles, et dont le malade redoute à juste titre la reproduction. Ce sont, comme je le disais, des hyperesthésies par idée fixe.

§ 3. — LES TICS ET LES MOUVEMENTS CHORÉIQUES.

Les troubles du mouvement qui se produisent accidentellement chez les hystériques sont innombrables, et je n'ai aucunement la prétention de les énumérer tous ; je désire seulement montrer par l'étude de quelques observations le rôle important que les idées fixes peuvent jouer dans ces accidents ; je commencerai par examiner quelques mouve-

ments involontaires, dans lesquels la pensée consciente ou subconsciente est la plus évidente.

Beaucoup d'hystériques, tout en restant en apparence dans leur état normal, sans perdre conscience, exécutent avec leurs membres, involontairement et quelquefois à leur insu, une quantité de mouvements qu'elles sont incapables d'arrêter; suivant que ces mouvements sont petits et séparés par des intervalles, ou bien petits et continuels, ou, au contraire, assez grands et fréquents, on les désigne sous les noms de tics, de tremblements, de chorées.

Les tics, comme beaucoup d'autres symptômes à propos desquels nous avons déjà fait la même remarque, ne sont pas propres aux hystériques, ils peuvent exister dans beaucoup de maladies mentales beaucoup plus graves, et ils peuvent alors présenter un tout autre pronostic, mais il est incontestable qu'ils sont également fréquents chez les hystériques[1]. M. Charcot signale chez des hystériques des tics de la face[2], sous le nom de spasmes rythmiques et de spasmes respiratoires. M. Pitres décrit un grand nombre de phénomènes du même genre[3]. On connaît bien la belle description de la toux hystérique par Lasègue[4]. Une des malades que nous avons étudiées, Mich., présentait un bel exemple de ce spasme, qui nous semble pouvoir être rangé parmi les tics. Pendant plus de six mois, elle a toussé toute la journée, elle ne s'interrompait que la nuit dans le sommeil le plus profond; sa toux est d'une régularité merveilleuse, il y a toujours une grande toux suivie de deux petites, on pouvait représenter ce rythme par un dactyle (— ⏑ ⏑). Le hoquet[5], le rire, le sanglot sont trop connus pour que j'en rapporte des exemples. M. Pitres décrit des phénomènes voisins de ceux-ci sous le nom de logospasmes

1. Charcot. *Arch. de neurologie*, 1892, 85.
2. Charcot. *Mal. du syst. nerv.*, III, 37.
3. Pitres. *Op. cit.*, I, 310, 335.
4. Lasègue. *Œuvres*, II, 1. — Charcot. *Archives de neurologie*, 1892, 75.
5. Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*, 20.

choréiformes[1]. Quant aux tics du langage, ils sont encore plus nombreux, M. Jolly, dans un travail intéressant sur l'hystérie des enfants, en signale bien des exemples; les malades se mettent à bégayer, à zézayer, à parler comme des petits enfants, etc.[2]; quand je vois Berthe adopter pendant des mois une expression bizarre et absurde, et, malgré elle, interrompre à chaque instant sa conversation pour s'écrier « Ah gaga! Ah massacre! », je crois que l'on peut assimiler cette mauvaise habitude à un véritable tic du langage.

Les tremblements hystériques ont été trop bien étudiés par M. Dutil[3], pour que je revienne sur leur description, je me contente de rappeler les conclusions de son étude. « Le tremblement, dit-il, est un symptôme assez fréquent de la grande névrose.... Si parfois il apparaît comme un phénomène éphémère, comme un accident insignifiant à côté des manifestations habituelles de l'hystérie, il est des cas où il constitue le symptôme le plus marquant, le seul symptôme de la maladie.... Les tremblements hystériques présentent en général un rythme régulier; mais rien n'est plus variable que la rapidité, la fréquence des oscillations qui les constituent; les uns sont d'une lenteur remarquable, 4 à 5 1/2 oscillations par seconde, les autres sont très rapides, véritablement vibratoires, 8 à 12 oscillations par seconde. Entre ces deux modalités extrêmes, se placent les tremblements du rythme moyen (5 1/2 à 7 1/2 oscillations par seconde). Les faits qui ressortissent à cette catégorie intermédiaire sont les plus nombreux. Il en est qui n'apparaissent qu'à l'occasion des mouvements volontaires (tremblements intentionnels purs). La plupart persistent à l'état de repos et pendant les mouvements actifs, mais ils subissent parfois, sous l'influence de ces

1. Pitres. *Op. cit.*, I, 357.

2. F. Jolly. Ueber hysterie bei kindern. *Sonder abdruck aus der Berliner klin. Wochenschr.*, 1892, n° 34, p. 3.

3. Dutil. *Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques*, 1891.

derniers, des modifications diverses concernant la fréquence et l'amplitude de leurs oscillations[1]. » M. Dutil insiste sur un caractère très important au point de vue clinique, la ressemblance de tel ou tel de ces tremblements avec d'autres tremblements appartenant à des maladies organiques ou à des névroses différentes; le premier imite la paralysie agitante et le tremblement sénile; le second, la maladie de Basedow, le tremblement alcoolique et celui de la paralysie générale; le troisième rappelle soit l'épilepsie spinale des paraplégiques spasmodiques, soit, quand il existe seulement dans les mouvements intentionnels, l'un des symptômes caractéristiques de la sclérose en plaques. Tel était précisément l'aspect d'un malade que nous avons pu étudier chez M. Hanot. God. depuis des années est agité par un tremblement général et à peu près continuel. Mais les secousses, quoique ne disparaissant pas complètement, sont très légères, à peine perceptibles pendant le repos complet. Au contraire, elles s'exagèrent pendant les mouvements et surtout pendant les mouvements volontaires du bras droit, à un tel point que le malade ne peut porter un verre à sa bouche. Si l'on ajoute que les membres, surtout du côté droit, présentent une certaine raideur, que le malade a des sortes de vertiges et que le tremblement de la tête rend la parole saccadée, on comprendra que le diagnostic de sclérose en plaques semble vraisemblable, et même ait été souvent porté dans les différents services où ce malade a passé. Cependant si l'on remarque que les réflexes sont normaux, que les mouvements des yeux ne s'accompagnent pas de nystagmus, que le côté droit du corps est anesthésique, que le champ visuel des deux yeux est réduit à 10°, enfin que le malade présente un état mental tout à fait caractéristique (amnésie continue, suggestibilité, hallucinations provoquées, etc.), on pourra conclure, croyons-nous, qu'il s'agit uniquement d'un hystérique. M. Souques nous a appris à faire le diagnostic de ces hystéries simulatrices des scléroses en

1. Dutil. *Op. cit.*, 9.

plaques[1]. M. Dutil insiste encore sur l'importance de ces tremblements hystériques en montrant que certains symptômes considérés quelquefois comme des maladies distinctes doivent en dépendre. Il se rattache par une argumentation convaincante à l'opinion qui assimile le tremblement mercuriel à un tremblement hystérique[2]. M. Pitres est aussi d'avis que le paramyoclonus multiplex doit se rattacher à un phénomène du même genre[3], M. Mœbius soutenait également cette opinion[4].

Les chorées hystériques ont joué un grand rôle dans l'histoire, les variétés tournantes, grimpantes, sautantes se rencontraient dans toutes les grandes épidémies de possession[5]. Elles ont ordinairement un caractère bien décrit par Germain Sée, Trousseau, Briquet[6], Charcot[7], c'est le rythme; les mouvements si variés, si extraordinaires qu'ils soient, sont réguliers. Ce sont des salutations, par exemple, qui se répètent régulièrement trente ou quarante fois par minute. On a pu désigner ces chorées sous le nom de spasmes oscillatoires ou pendulaires. Cependant M. Charcot a fait une observation très importante : si toute chorée rythmée peut être à coup sûr diagnostiquée de nature hystérique, la réciproque n'est pas vraie. Il ne faudrait pas nier le caractère hystérique d'une chorée simplement parce qu'elle n'est pas rythmée[8]. Voici en effet un exemple qui m'a semblé curieux : Barb., âgée de quatorze ans, semble présenter le type de la chorée de Sydenham, mouvements

1. A. Souques. *Études des syndromes hystériques simulateurs*, 1891, 16.

2. Dutil. *Op. cit.*, 96. — Cf. Pitres. *Op. cit.*, I, 306. — Gilles de la Tourette. *Op. cit.*, 473.

3. Pitres. *Op. cit.*, I, 333.

4. Mœbius. Ueber der Begriff der hysterie, aus dem centralblatt für nervenheilkunde von Dr Erlenmayer, XI, 1888, n° 3, p. 6.

5. Cf. Régnard. *La sorcellerie*, 1887, 40, 70 passim.

6. Briquet. *Op. cit.*, 434.

7. Charcot. *Mal. syst. nerv.*, I, 388. — Cf. Pitres. *Op. cit.*, I, 308, 315, et Blocq. *Les troubles de la marche dans les mal. nerv.*, 1892, 110.

8. Charcot. *Op. cit.*, I, 404.

incoordonnés de tous les membres, sans aucun rythme, « qui rappellent ceux des baladins » ; les jambes sont plus atteintes que les bras et leurs mouvements irréguliers sont tels que la station debout est à peu près impossible; les jambes et les pieds ont une tendance à se recourber en dedans comme si la malade voulait prendre la position du tailleur accroupi, mais ils ont aussi d'autres mouvements. L'état mental de la malade peut éveiller l'attention, il est et surtout il a été très singulier. La malade, autrefois intelligente et travailleuse, est devenue incapable de fixer son attention et de rien comprendre. Elle ne pouvait plus rien apprendre, effectuer aucun travail à la pension, il a fallu la renvoyer. Chez ses parents, elle présentait un ahurissement complet avec des étonnements et des questions persistantes. Elle interrogeait indéfiniment pour savoir ce que c'était qu'une pendule, un lit. Elle était obsédée pendant des journées entières par la même question enfantine comme les malades atteints de la folie du doute. Depuis que la chorée est bien établie, l'état mental semble considérablement amélioré, mais elle reste encore dans un état d'incertitude et d'effroi continuel, la moindre des choses la surprend et l'émotionne au point de provoquer des crises de larmes. Cet état mental n'est pas un symptôme bien caractéristique, car il est propre à la plupart des états d'affaiblissements cérébraux. On pourrait insister davantage sur l'état de la sensibilité qui est particulier. Barb. n'est complètement anesthésique nulle part et n'a pas de rétrécissement du champ visuel, mais elle a une disposition à oublier ses jambes qui est bien nette, la moindre distraction l'empêche de sentir les piqûres ou les mouvements communiqués, elle ne se rend pas compte, sans regarder, de ses mouvements choréiques, enfin elle nous fait elle-même la remarque que le sol est mou et qu'elle le sent enfoncer. L'évolution de la maladie vient trancher les doutes, la chorée des jambes se transforme peu à peu en contracture et les jambes s'immobilisent dans la flexion légère du genou et la rotation interne du pied, cette posi-

tion précisément que les mouvements choréiques tendaient à produire continuellement, l'anesthésie devient nette aux deux jambes et les émotions de la malade se transforment en véritables crises d'hystérie. Cette jeune fille a passé par le doute et la chorée avant d'arriver à l'hystérie.

Telles sont, sommairement rappelées, les principales formes des mouvements involontaires; il n'est pas nécessaire d'insister longuement sur leur interprétation, car leur caractère éminemment psychologique est presque universellement admis et nous n'avons qu'à reproduire quelques-unes des discussions déjà faites à propos des hyperesthésies.

Si nous considérons l'origine de ces accidents, nous voyons qu'ils ne sont spontanés qu'en apparence, il y a toujours quelque fait réel, quelque émotion ressentie par la malade qui en marque le début. La toux de Mich. a débuté à la suite d'une angine réelle, probablement bénigne, mais qui a beaucoup effrayé ses parents et qui a été traitée par des cautérisations de la gorge. L'aboiement d'une malade a eu pour cause « un gros vilain chien que tout le monde caressait à la maison et qu'on aimait plus que moi ». L'aboiement d'une autre, Qu., presque semblable actuellement à celui de la première, me semble être l'exagération des gros soupirs qu'elle poussait continuellement « parce qu'elle ne pouvait pas se marier et qu'elle s'ennuyait de vivre toute seule ». « Parfois les tics ne sont que la reproduction fidèle et involontaire des gestes exécutés par une autre personne, c'est une sorte d'échomatisme[1] », et M. Charcot montrait que le bêlement d'une malade avait été produit à la suite de l'imitation d'un jouet[2]. « Une femme, racontent MM. Breuer et Freud, veille sur un enfant malade qu'on a eu beaucoup de peine à endormir; elle fait tous ses efforts pour se tenir tranquille et ne pas faire de bruit de crainte de le réveiller. Mais juste à la

1. Seglas. *Les troubles du langage chez les aliénés*, 1892, 292.
2. Charcot. *Arch. de neurol.*, 1892, 71.

suite de cette résolution, par une sorte de contre-volonté hystérique (nous dirions à la suite d'une association par contraste), elle fait un claquement avec sa langue. Ce bruit se répète encore une fois, plus tard, dans une autre circonstance où elle veut aussi se tenir tranquille; de là un tic de claquement de la langue qui accompagne chaque émotion[1]. » Nous pouvons dire avec M. Pitres que ces tics dépendant de l'hystérie sont tous produits à la suite de traumatismes ou d'émotions morales[2].

M. Dutil a montré qu'il en est de même pour la plupart des tremblements hystériques qui viennent à la suite d'un traumatisme, d'une frayeur, d'un choc moral quelconque[3]. Cela est incontestable dans le cas de God. que nous avons étudié, l'origine de l'accident vient encore préciser notre diagnostic. God. exerçait le métier de couvreur; il y a deux ans, il est tombé du haut d'un échafaudage qui s'est défait sous lui et par miracle il a pu se raccrocher et rester suspendu à une corniche *par le bras droit*. Ses camarades ont mis dix minutes à le sauver. Quand il fut retiré plus mort que vif, il tremblait de tout le corps et claquait des dents. Rien de plus naturel, seulement l'accident a eu lieu il y a deux ans et il tremble encore. Le tremblement a, il est vrai, diminué; il réapparaît avec violence quand le malade essaye de se servir de son bras droit, et, à ce moment, God. ressent encore une peur et une angoisse, il rêve encore qu'il tombe et a des gestes de terreur, il aime mieux se servir de son bras gauche. Un autre malade, Dal., tremble depuis un an, à la suite d'un accident de voiture où il faillit être écrasé. Dans certains cas, exceptionnels sans doute, on peut se demander si le tremblement ne dépend pas d'une action habituelle de la malade et n'est pas une chorée en petit. Desh. était caissière dans une maison de commerce, elle avait à écrire toute la journée et gémissait continuellement de cette fatigue; aujourd'hui, à la suite

1. Breuer et Freud. *Op. cit.*, 2.
2. Pitres. *Op. cit.*, I, 317.
3. Dutil. *Op. cit.*, 7.

d'un état de faiblesse produit par le surmenage, elle a des rêves professionnels, appelle ses camarades à haute voix, etc. et tremble surtout de la main droite. « L'acte d'écrire est surtout apte à réveiller le tremblement », dit M. Dutil[1], qui a publié l'observation et qui m'a montré la malade. Je me demande si ce n'est pas l'acte d'écrire qui, ici, a produit le tremblement. Ce n'est qu'une supposition qui sera rarement vraie, le tremblement étant surtout émotionnel. Il faut mettre à part évidemment certains cas de tremblement qui surviennent après des attaques et ceux qui ne sont pas des idées fixes, mais des conséquences de la parésie. Quant aux chorées, elles reproduisent le plus souvent soit un acte habituel, soit un acte bizarre que le malade a vu faire ; on en verra des exemples dans les observations suivantes.

Pour démontrer encore le caractère psychologique de ces faits, on peut les étudier en eux-mêmes et voir les caractères qu'ils présentent. Le grand caractère très évident dans la plupart de ces phénomènes, c'est qu'ils sont systématiques. M. Charcot a insisté bien souvent sur ce caractère des tics qui suffit à les distinguer des spasmes ou des convulsions localisées à un muscle. Un tic est un ensemble de petits mouvements harmonieusement combinés, il a un sens, il exprime quelque chose, c'est le sursaut de la peur, le clignement des paupières qui protège les yeux, le haussement d'épaules, le geste de la surprise, etc., etc. La chorée hystérique est la répétition régulière d'une action, ce sont des mouvements malléatoires, saltatoires, rotatoires, etc.[2]. L'observation suivante mettra en relief ce caractère. Mel., une petite jeune fille de 13 ans, l'air doux et aimable, cela n'est pas indifférent pour l'intelligence du cas, est amenée dans le service de M. Hanot pour un tremblement qui lui est survenu au bras et à la jambe droite depuis quelques jours. Ce tremblement, ou plutôt cette chorée, car les

1. Dutil. *Op. cit.*, 71.
2. Charcot. *Op. cit.*, I, 393.

mouvements sont assez étendus, ne semble pas au premier abord très nette, car la malade mêle des mouvements volontaires avec les mouvements choréiques; mais quand la malade est couchée, qu'elle a la tête du côté gauche et qu'elle cause avec une personne qui la distrait, les mouvements choréiques deviennent nets et intelligibles. Ils sont bien rythmés, le pied se fléchit et s'étend régulièrement, c'est un mouvement de pédale; la main à demi fermée tourne autour du poignet, c'est un mouvement de roue. On me dit que la malade travaille dans un atelier à un singulier métier; elle fabrique des yeux de poupée et il paraît qu'elle actionne une pédale avec le pied et une roue avec la main. La chorée répète donc les mouvements professionnels, mais pourquoi les reproduit-elle ainsi? La nuit, la malade rêve tout haut, elle gémit, murmure : « il faut travailler, il faut travailler », et le mouvement choréique se produit de plus belle sous sa couverture. En faisant causer cette jeune fille, j'apprends que les parents sont pauvres, qu'un soir, les enfants étant couchés ils ont parlé de leur misère et de la difficulté de payer le terme qui approchait. Mél. qui, dans un état de demi-sommeil, a entendu, s'est mise à rêver « il faut travailler, il faut travailler », le pied et le bras continuent à travailler. Heureusement quelques procédés simples ont arrêté cette chorée due à la piété filiale.

Un autre caractère clinique nous permet de rattacher ces mouvements à des phénomènes psychologiques subconscients; ainsi que M. Gilles de la Tourette le fait remarquer, il arrive que des troubles de la sensibilité et en particulier des anesthésies se superposent aux spasmes[1]. Toutes les sensations qui se rapportent à un bras ou à la paupière sont sorties de la perception personnelle et sont rattachées à une idée fixe qui n'est pas consciente[2].

Si nous dépassons un peu l'observation simple en ajoutant quelques expériences, nous allons pouvoir préciser

1. Gilles de la Tourette. *Op. cit.*, 379.
2. *Automatisme psychologique*, 282.

cette interprétation psychologique et mettre encore en évidence le rôle de l'idée fixe. Ces mouvements involontaires me paraissent, comme beaucoup d'accidents hystériques, se présenter de deux façons. Tantôt le malade sait très bien ce qu'il fait, il sent son bras remuer, il y fait attention[1]; quand il est endormi ou distrait par quelque chose, le tic ou la chorée s'arrête. Il s'agit ici d'une idée fixe consciente que le malade pourra très bien expliquer lui-même. « Je pense que j'ai du chagrin », dit l'un; « je sens encore que je tombe du toit », dit l'autre. Mais très souvent il n'en est pas ainsi, le malade ne sait pas expliquer son tic, il pense à autre chose, il est distrait, et cependant le tic se produit de plus belle. Il faut pénétrer dans les couches plus profondes de l'esprit. Les deux observations suivantes nous dispensent de commentaires.

Lec., déjà atteinte d'hystérie, va à une séance d'électrothérapie, elle revient avec une chorée de tous les membres, qui exécutent des mouvements désordonnés. Elle s'explique très mal, ne comprend rien à son état, elle convient vaguement qu'elle a vu une choréique, mais ne sait pas pourquoi elle l'imite. Il suffit de la mettre en somnambulisme, ce qui est facile, et la malade avec beaucoup de clarté, avec une netteté de souvenirs étonnante, raconte ce qui s'est passé. Elle a vu une choréique et s'est mise à faire des méditations à son propos : « C'est dommage, elle est jolie..., comme elle est défigurée..., on ne peut vraiment pas aimer une fille comme cela.... Si cela m'arrivait, Charles ne m'aimerait plus, etc.... ». Elle affirme qu'elle a tout le temps devant les yeux l'image de la petite choréique, et cependant, à l'état de veille, elle affirmait le contraire. C'est bien ici le rêve subconscient qui produit l'accident, il suffit d'ailleurs de modifier ce rêve pour supprimer la chorée. Le malade Vel. ne présente pas des stigmates d'hystérie incontestables, je dois en avertir le lecteur, car toutes les malades citées dans cet ouvrage présentent les

1. Séglas. *Langage*, 292.

stigmates classiques. Je considère cependant Vel. comme hystérique, car on constate chez lui un somnambulisme très net, bien distinct de l'état de veille, des actes subconscients et même de l'écriture automatique; or ce dédoublement de la personnalité, ainsi qu'on le verra dans la conclusion de ce livre, nous paraît constituer essentiellement ce qu'on appelle l'hystérie. Vel. est un jeune homme âgé de 24 ans, assez intelligent mais nerveux, impressionnable, sans volonté, il a déjà eu des idées fixes de différentes espèces. A la suite d'une fièvre typhoïde survenue à l'âge de 16 ans, il a présenté un tic extrêmement désagréable du visage. Il contorsionnait la figure pour souffler violemment par la narine droite; la grimace, d'abord très forte et générale, s'est peu à peu précisée, et, au bout de cinq à six semaines, le tic s'est borné à un souffle bruyant et saccadé par le nez avec une contraction de la joue droite. Tous les traitements imaginables ont été essayés, et cependant le tic ne s'est plus modifié. Depuis huit ans, il est resté le même et aujourd'hui il s'exécute à peu près toutes les cinq minutes pendant la journée et souvent même la nuit pendant le sommeil du malade. Le tic persiste malgré toutes les distractions et le malade ne peut pas l'expliquer; il croit, d'après les récits de ses parents, que de forts saignements de nez ont eu de l'influence sur la formation de ce tic, mais il n'a sur ce point aucune opinion personnelle. Le malade est très facilement hypnotisable, il est très vite dans un état second, dont il ne gardera plus tard aucun souvenir. Et le voici immédiatement qui affirme comme la chose du monde la plus certaine et la plus naturelle : « J'ai une croûte dans le nez, elle me gêne. » N'importe à quel moment on l'endort, il affirme la même chose : il est probable que cette idée plus ou moins nette, en tout cas ignorée par le malade, existe dans l'esprit depuis huit ans. Ce rêve a été modifié et même supprimé très facilement pendant cet état somnambulique; ce succès facile est singulier pour une idée fixe d'une durée aussi longue et le tic a complètement disparu.

Aux idées fixes se rattachent donc des phénomènes moteurs comme des phénomènes sensitifs; les tics, les tremblements, les chorées hystériques nous semblent un autre aspect des idées fixes.

§ 4. — Les paralysies et les contractures.

« Il y aura *paralysie*. dit M. Paul Richer, toutes les fois que les fibres musculaires auront perdu la faculté de se raccourcir sous l'influence des excitants ordinaires de leurs contractions.... La *contracture* sera définie : une impuissance motrice s'accompagnant d'un état de rigidité persistante et involontaire du muscle, sans modification notable des réactions électriques et sans altération de texture de la fibre musculaire elle-même[1]. » En un mot, dans la paralysie, les membres retombent flasques, les muscles sont mous et relâchés; dans la contracture, les membres gardent une position fixe qu'il est difficile de modifier, les muscles sont durs et contractés, mais dans l'une comme dans l'autre, le sujet a perdu également le pouvoir de mouvoir ses membres par un effort de sa volonté. Ces deux phénomènes se ressemblent donc par un caractère principal; ils alternent d'ailleurs et se mélangent intimement; ils se produisent dans les mêmes conditions, présentent les mêmes variétés et soulèvent les mêmes problèmes. Sans doute, dans une étude clinique complète, ces deux accidents devraient être distingués et analysés séparément, mais, puisque nous désirons simplement faire ici une revue générale des phénomènes psychologiques qui accompagnent les accidents hystériques, nous avons cru pouvoir réunir les paralysies et les contractures dans une même étude.

Les paralysies et les contractures sont, parmi les accidents, les plus intéressants de l'hystérie; ils constituent souvent par eux-mêmes des infirmités fort pénibles et très

1. Paul Richer. *Paralysies et contractures hystériques*, 1892, 1.

durables; ils donnent souvent lieu à des erreurs de diagnostic et à des interventions chirurgicales au moins fâcheuses[1], ils se mêlent à beaucoup d'autres phénomènes de la maladie. Quand un hystérique se plaint de douleurs, de difficultés dans les mouvements, dans la parole, dans la déglutition, de troubles digestifs ou même respiratoires, il n'est pas rare de rencontrer ici ou là un muscle contracturé qui provoque et entretient tous les accidents. D'autre part, l'étude de ces faits a eu une grande importance historique, car elle a donné naissance aux premiers travaux définitifs sur les accidents psychiques de la névrose, les leçons de M. Charcot en 1884-85. Cette étude est encore aujourd'hui très loin d'être achevée, et elle soulève de curieux problèmes psychologiques qui sont loin d'être résolus. Nous n'avons donc aucunement la prétention d'expliquer toutes les paralysies hystériques, nous laissons de côté, ainsi que nous l'avons toujours fait, les phénomènes simplement organiques qui peuvent intervenir et nous ne parlons que d'un groupe de paralysies, celles que l'on peut justement considérer comme cérébrales, c'est-à-dire comme psychologiques; même pour ces dernières, nous nous bornons à résumer quelques descriptions et quelques hypothèses qui nous semblent s'appliquer légitimement, non pas à tous, mais à quelques-uns des faits observés.

Les paralysies et les contractures sont très variées, mais il est intéressant de remarquer qu'elles rentrent presque toujours dans des groupes déjà connus; elles présentent les mêmes variétés et peuvent être rangées dans les mêmes classifications que tous les autres phénomènes déjà décrits, que les anesthésies et les amnésies[2]. Elles peuvent être *systématiques*, *localisées* ou *générales*; nous insisterons surtout sur les premières, qui sont particulièrement importantes à notre point de vue.

1° Examinons d'abord les *paralysies systématiques*. Il nous paraît certain que, dans bien des cas, les malades

1. Charcot. *Op. cit.*, III, 273.
2. *Autom. psychologique*, 335.

n'ont pas perdu complètement tous les mouvements d'un membre; elles ont perdu simplement le pouvoir d'effectuer telle ou telle catégorie de mouvements, tandis qu'elles ont conservé à peu près complètement les autres. Sans doute, on peut quelquefois constater, dans des cas de ce genre, un affaiblissement général de tous les mouvements, même de ceux qui sont conservés. Cet affaiblissement qui, d'ailleurs, n'existe pas dans tous les cas, se rapporte à l'amyosthénie commune des hystériques. Mais il n'y en a pas moins une différence très appréciable entre les mouvements conservés et les mouvements perdus, puisque les premiers, quoique affaiblis, existent encore et que les seconds n'existent plus du tout. Cette perte de certains mouvements ne tient pas à la paralysie complète de tel ou tel muscle, car tous les muscles sont capables de fonctionner dans d'autres mouvements. Ce sont certaines combinaisons, certains systèmes de contractions musculaires qui ont disparu. C'est pourquoi de telles paralysies ont été souvent décrites sous le nom de systématisées. M. Babinski, en publiant des exemples très intéressants de ces phénomènes, fait observer que le mot « systématique » serait plus juste[1]. Il rappelle que systématiser désigne un acte, « ramener des faits à un système », et que systématique s'applique simplement à des choses qui appartiennent, qui se rapportent à un système. Quoiqu'il n'y ait pas une grande différence entre les deux termes, nous reconnaissons la justesse de cette observation, et nous désignons ces phénomènes sous le nom de paralysies systématiques.

Les plus connues et les plus nettes, parmi ces paralysies systématiques, sont les troubles de la marche signalés par M. Charcot et M. Paul Richer en 1885[2], et décrits en 1888

1. Babinski. Paralysies hystériques systématiques. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 28 oct. 1892.

2. Pour la bibliographie et la description complète de ce syndrome, Cf. Paul Richer. *Op. cit.*, 48. — Paul Blocq. *Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses*, 1892, 55, et la thèse récente de M. Pierre Jolly. *Contribution à l'étude de l'astasie-abasie*, Lyon, 1892, 9.

par M. Blocq sous le nom « d'astasie-abasie ». M. Blocq réunit aujourd'hui sous le nom de dysbasies un ensemble de troubles de la marche dont l'astasie-abasie est le type. « C'est, dit cet auteur, un état morbide dans lequel l'impossibilité de la station verticale et de la marche normale contraste avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire et de la coordination des autres mouvements des membres inférieurs[1]. » Le malade, étendu sur son lit, peut lever les jambes, plier les genoux, résister aux mouvements communiqués d'une façon en apparence absolument normale; mais essaye-t-il de se lever, de se tenir debout, de marcher, ses jambes s'affaissent et se dérobent sous lui.

Dans quelques cas particulièrement curieux, le sujet conserve le pouvoir de sauter, de danser, de marcher à quatre pattes ou à cloche-pied, etc. ; il n'est paralysé que pour un seul acte, la marche normale[2]. Ce syndrome, comme on le comprend, peut être très varié : tantôt il est pur, comme dans la forme paralytique précédente ; quelquefois il s'accompagne d'autres phénomènes. Cette incoordination motrice accompagnée de douleurs vives peut, dans des cas très rares, simuler le tabes[3]. Quelquefois on constate que le sujet, au moment où il essaye de marcher, éprouve une émotion, une angoisse analogue à celle que détermine pour un agoraphobe l'acte de traverser une place et donne au syndrome un aspect clinique comparable à celui des idées obsédantes, c'est la dysbasie émotive de Binswanger et Séglas[4]. Dans d'autres cas, on observe des phénomènes d'aboulie signalés par M. Régis. Il n'est pas rare d'ailleurs de voir la dysbasie s'accompagner de chorée systématisée que l'on peut considérer, ainsi que nous l'avons montré dans le paragraphe précédent, comme une véri-

1. Paul Blocq. *Archives de neurologie*, 1888, et *op. cit.*, 56.
2. Pitres. *Op. cit.*, I, 459.
3. Pitres. *Op. cit.*, I, 471.
4. Séglas. De l'abasie et de l'astasie émotives. *Médecine moderne* 1891, n. 24.

table idée fixe. Rem..., paralysée pour la marche ordinaire, peut cependant marcher sur la pointe des pieds, comme si elle avait constamment peur d'écraser des objets fragiles. Enfin, M. Weill et M. Pierre Jolly ont remarqué[1], que la dysbasie de certains malades peut s'arrêter instantanément si on comprime certaines régions du corps. Ce fait rappelle l'influence de certaines sensations pour provoquer ou arrêter les phénomènes automatiques de l'hystérie.

En dehors de l'astasie-abasie, on connaît d'autres paralysies systématiques moins fréquentes peut-être, mais tout aussi significatives. Un malade, décrit par M. Babinski, pouvait se tenir debout et marcher, mais se trouvait dans l'impossibilité d'exécuter volontairement des mouvements élémentaires de flexion ou d'extension des orteils, du pied, de la jambe[2]. C'est une paralysie systématisée de toutes les fonctions générales du membre inférieur, à l'exception de celle de la marche, c'est l'inverse de l'abasie.

Par une analyse délicate de certains cas de paralysie faciale, le même auteur a pu montrer une autre systématisation. Les mouvements des commissures des lèvres sont exécutés facilement des deux côtés, quand on prie le sujet de mettre en mouvement chaque côté séparément, mais quand le malade parle ou essaye de siffler, il n'y a qu'un seul côté de la face, le côté gauche, qui se contracte normalement, la commissure droite reste immobile. « Il y a ici un contraste entre l'intégrité d'un système de mouvements qu'un groupe musculaire est appelé à exécuter et l'abolition de quelque autre système de mouvements dont l'exécution est confiée à ce même groupe de muscles[3]. »

Les troubles qui ont été décrits sous le nom d'ophtalmo-

1. Weill. *Archives de neurologie*, 1892, 89. — Pierre Jolly. *Op. cit.*, 23.

2. Babinski. *Soc. médicale des hôpitaux*, 8 juillet 1892.

3. Babinski. Paralysie hystérique systématique, paralysie faciale hystérique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 28 oct. 1892.

plégie externe des hystériques[1] semblent du même genre, les malades semblent avoir perdu le pouvoir d'effectuer isolément tel mouvement de l'œil, regarder à droite, par exemple, mais on peut constater que, dans bien des circonstances, ce mouvement s'effectue cependant. Le plus souvent il ne s'agit pas ici de paralysie systématique, il s'agit seulement de l'opposition entre le mouvement volontaire et le mouvement automatique, que nous retrouverons dans beaucoup d'autres paralysies.

Nous signalerons plutôt comme paralysie systématique certaines formes du mutisme hystérique. « Certains sont muets sans être aphones, d'autres sont aphones sans être muets. Ce malade peut souffler et siffler, il a perdu seulement les représentations motrices nécessaires pour mettre en jeu le mécanisme de la parole articulée[2]. » Un malade est absolument muet, écrit aussi M. Babinski, et cependant la langue et les lèvres se meuvent avec facilité pour accomplir les fonctions qui ne ressortissent pas au langage[3]. Une malade de M. Oppenheim ne peut plus parler, mais pousse des cris de douleur quand on la pince et peut encore chanter à haute voix[4]. Une enfant dont MM. Breuer et Freud nous rapportent la très intéressante observation est un peu effrayée pendant la nuit ; elle ne peut parler et cherche une prière à réciter. Elle ne trouve à ce moment dans sa mémoire qu'une prière enfantine en anglais; depuis, pendant un an et demi cette enfant reste muette, elle ne peut ni parler, ni écrire, ni même comprendre sa langue maternelle, mais elle comprend, parle et écrit la langue

1. Ballet. *Revue de médecine*, 1888, 337, 513. — F. Raymond et E. Kœnig. Sur la dissociation des mouvements oculaires chez les dégénérés hystériques. *Annales d'oculistique*, juillet 1891.

2. Charcot. *Op. cit.*, III, 427. — Cf. Blanche Edwards. *De l'hémiplégie*, 103.

3. Babinski. *Migraine ophtalmique hystérique*, 4.

4. Oppenheim. *Thatsächliches und hypothetisches über das Wesen der Hysterie*, october 1889, 1. Même observation par Gerhardt de Wurtzbourg. P. Richer. *Op. cit.*, 207.

anglaise. N'est-ce pas un beau cas de mutisme systématique[1]?

Le même caractère, la même systématisation peut se rencontrer, à mon avis, dans les contractures. « Il y a, disais-je autrefois, des *contractures systématiques*, c'est-à-dire des contractures dans lesquelles tous les muscles des bras ou de la main ne sont pas contractés au plus haut degré, mais dans lesquelles quelques-uns seulement sont contractés, les uns plus, les autres moins, de manière à donner au membre une attitude également rigide mais expressive. Les bras, par exemple, pourront rester contracturés dans la posture de la menace ou de la prière[2]. » Je rapportais l'exemple d'une femme qui lève le poing contre son mari et qui, par une punition céleste, garde son bras contracturé dans la position du coup de poing. Je présentais aussi, comme du même genre, l'accident de Lem. Ce jeune homme, matelot sur un navire marchand, et qui déjà, antérieurement, avait eu des accidents hystériques, reçoit sur la poitrine et l'abdomen le choc d'une barrique qui roulait sur le pont, il n'a aucun mal, mais il reste courbé en avant par une contracture permanente des muscles de l'abdomen et du thorax. Il conservait cette position singulière depuis six semaines quand M. le Dr Pillet, médecin-major de l'hôpital, a bien voulu me le montrer. Nous pouvons ajouter maintenant d'autres exemples. Marguerite a eu pendant un an la main droite contracturée dans la position d'une main qui tient une aiguille. Justine, dans des circonstances que nous étudierons, avait les mains contracturées dans la position que leur donne un pianiste quand il essaye de faire l'octave. Bien d'autres exemples seraient du même genre, et nous montreraient que les contractures systématisées ne se rencontrent pas seulement dans les expériences de sug-

1. Breuer et Freud. *Op. cit.*, 2.

2. Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme. *Revue philosophique*, 1888, I, 243. *Automatisme psychologique*, 356.

gestion, mais qu'elles sont souvent produites d'une façon naturelle.

D'une manière générale, nous avons vu dans ces accidents systématiques quelque chose d'analogue aux caractères déjà étudiés à propos des anesthésies et des amnésies du même genre. Le membre n'est pas entièrement paralysé ou contracturé d'une manière brutale ; c'est une fonction et surtout une fonction intelligente du membre qui se sépare des autres. Il y a là une distinction délicate qui éveille l'idée d'un choix, d'une pensée, plutôt que d'une lésion grossière de l'organisme.

2° Les *paralysies localisées* n'affectent pas un muscle isolément mais un membre ou une partie d'un membre, elles sont complètes et suppriment au même degré tous les mouvements de ce membre. La plupart de ces cas de monoplégies hystériques ont été résumés dans le travail de M. Miura[1]. Le plus souvent, ces monoplégies se développent à la suite d'un traumatisme, d'un accident qui a porté sur un membre. Immédiatement après l'accident, ou plus souvent après une certaine période que l'on a justement appelée *période de méditation*, le membre devient plus ou moins complètement inerte. « Comme l'action traumatique dont il s'agit est souvent très légère, remarquait déjà Brodie en 1837, en disproportion apparente avec les effets produits, ceux-ci sont souvent mal compris, mal interprétés, on les prend pour quelque chose de très différent de ce qu'ils sont en réalité[2]. » M. Charcot a indiqué comment devait être fait ce diagnostic très important[3]. Il a insisté sur le début, l'absence de fièvre, l'absence ordinaire de lésions trophiques et de réaction de dégénérescence qui, dans une paralysie d'origine organique, devraient se manifester au bout de quelques jours, sur la conser-

1. Kinnosuke Miura. Sur trois cas de monoplégie brachiale hystérique. *Archives de neurologie*, 1893, I, 321.

2. Brodie. *Lectures illustratives of certain local nervous affections*. London, 1837.

3. Charcot. *Op. cit.*, III, 288, 293, 302.

vation des réflexes tendineux, et surtout sur la répartition de l'anesthésie. Ces anesthésies en segments géométriques ne correspondent pas à des régions anatomiques innervées par un tronc nerveux, mais à des organes entiers tels qu'ils sont conçus et limités par la pensée populaire[1]. Elles ont la forme d'une manche de veste, d'un gigot, d'une manchette. Ce n'est pas seulement le bras innervé par le plexus brachial qui est insensible et paralysé, c'est aussi la région de l'épaule qui dépend cependant du plexus cervical. La cuisse et la fesse sont atteintes, mais la région sacrée et la région génitale sont respectées, ce qui n'a pas lieu dans les paralysies spinales[2]. Ces caractères présentent bien quelques exceptions et quelques irrégularités, on a signalé des atrophies et même des troubles dans les réactions électriques[3]. On a constaté aussi, mais très rarement, des monoplégies hystériques dans lesquelles la sensibilité était conservée. M. Miura[4] en signalait un cas sur 31, celui de Roug, qui a été cette année l'objet d'une leçon de M. Charcot. Ces exceptions sont rares; en général, une monoplégie hystérique a un aspect bien spécial : on est surtout frappé de voir cette insensibilité complète, cette perte du sens tactile et musculaire, cette indifférence du sujet qui n'a plus conscience de l'existence de son bras, « qui l'a oublié, qui l'a perdu » ; cette attitude du sujet ne s'observe guère en dehors de l'hystérie.

Il est inutile d'insister sur les *contractures localisées* à tel ou tel organe ; les contractures des jambes, des bras, les coxalgies, les contractures du thorax avec troubles respiratoires, le torticolis, la contracture des masséters, le spasme glosso-labié, le blépharospasme, les troubles de l'accommodation oculaire, les spasmes des viscères dont le principal est le spasme pharyngo-œsophagien, sont des phénomènes bien connus. Je regrette seulement de ne

1. *Stigmates mentaux de l'hystérie*, 12.
2. Souques. *Syndromes hystériques simulateurs*, 80.
3. Cf. P. Richer. *Op. cit.*, 9.
4. Miura. *Op. cit.*, 326.

pouvoir étudier ici en détail les observations qui nous portent à supposer l'existence d'un spasme du diaphragme. Le météorisme hystérique n'est pas toujours dû à une paralysie des tuniques de l'intestin, il dépend souvent en grande partie de phénomènes spasmodiques qui ont lieu dans le diaphragme. C'est l'opinion qui a été soutenue par M. Talma d'Utrecht, puis par M. Bernheim, et qui nous paraît en grande partie très exacte. « Sans doute, dit M. Bernheim, le mécanisme de ce gonflement n'est pas bien élucidé ; car l'abaissement pathologique du diaphragme par un épanchement pleural... ne produit pas d'ordinaire une augmentation aussi notable de la circonférence de l'abdomen. Peut-être faut-il aussi un état particulier de la musculature abdominale qui perd sa tonicité et se laisse distendre par élasticité comme une balle de caoutchouc[1]? » Mais il est évident que le diaphragme joue un grand rôle dans ce phénomène. La rapidité étonnante avec laquelle, par une simple suggestion, on peut produire le gonflement ou l'abaissement de l'abdomen sans qu'il y ait aucune émission de gaz, l'abaissement du diaphragme et du bord inférieur du poumon sur la ligne axillaire constatée par la percussion pendant le météorisme, les troubles de la respiration qui devient uniquement costale supérieure, après que quelques aspirations profondes ont produit le phénomène, nous montrent la justesse de cette interprétation. J'ajouterai que chez une malade, M..., j'ai constaté que tous les phénomènes qui dépendent du diaphragme, comme le rire, le sanglot, le hoquet, ne pouvaient se produire pendant l'état de météorisme, et si on les déterminait par suggestion on faisait disparaître le gonflement abdominal. Inutile de remarquer le rôle que ces spasmes diaphragmatiques vont jouer dans les « tumeurs-fantômes » et dans la grossesse nerveuse.

3° Les *paralysies* plus ou moins *générales*, qui ne se bornent pas à un membre mais qui prennent la forme hémiplégique, paraplégique, ou, dans des cas exception-

1. Bernheim. *Hypnotisme, suggestion*, 1891, 187.

nels, quadriplégique[1], présentent à peu près les mêmes caractères que les accidents précédents. Cependant elles me semblent devoir en être distinguées, car, dans certains cas, elles ne peuvent pas être interprétées de la même manière. La paralysie faciale se rencontre, ainsi que l'ont montré M. Ballet et M. Babinski[2], mais elle est beaucoup plus rare dans l'hémiplégie hystérique que dans l'hémiplégie organique. L'énergie du côté non paralysé n'est pas atteinte, elle reste intacte ou même elle augmente quelquefois au lieu de diminuer, comme dans les paralysies organiques[3]. Enfin on constate ici au suprême degré le grand caractère des paralysies hystériques, l'anesthésie et même l'amnésie des membres paralysés : « le malade balaye le sol (*sweeps*) », disait Todd ; « il traîne sa jambe après lui, disait M. Charcot, on peut le désigner par le nom de helcopode » ; « il traîne sa jambe, disait M. Blocq, comme un corps étranger qui serait attaché après lui sans qu'il en ait connaissance[4] ».

Les *contractures* me paraissent être *générales* quand tous les muscles d'un membre sont contractés au plus haut degré, de manière à donner au membre une attitude régulière, toujours la même, déterminée par la force inégale des différents muscles antagonistes. Le membre inférieur est en extension, adduction et légère rotation en dedans, le pied en équin, légèrement varus, avec les orteils très fléchis. La position du membre supérieur est plus discutée : M. P. Richer donne comme la plus régulière la flexion de l'avant-bras sur le bras ; j'ai observé beaucoup plus souvent, dans la contracture générale, le bras accolé au corps, l'avant-bras en extension et légère rotation en dedans, le poing fermé sans que la position du pouce ait rien de bien carac-

1. P. Richer. *Op. cit.*, 177.

2. Babinski. Paralysie faciale hystérique. *Bulletins de la Soc. méd. des hôpit.*, 28 juin 1892. — Blanche Edwards. *De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses*, 1889, 163.

3. Féré. *Sensation et mouvement*, 1887, 28. — Pitres. *Op. cit.*, 204.

4. Blocq. *Op. cit.*, 82.

téristique. Ces positions sont très fréquentes, car les contractures même systématisées ont souvent, au bout d'un temps variable, suivant les sujets, une tendance à se généraliser et les membres prennent alors la position régulière. Il n'en est pas moins vrai qu'au début, et souvent pendant un temps assez long, les diverses formes de contractures sont bien distinctes les unes des autres.

1° *Les paralysies et les contractures hystériques dépendent de phénomènes psychologiques.* — Si on réfléchit aux caractères que présentent ces différentes variétés de paralysies et de contractures, on se convaincra facilement de cette notion aujourd'hui généralement admise, c'est qu'elles ne dépendent pas d'une lésion grossière et durable des nerfs de la moelle ou du cerveau, ainsi que M. Charcot l'a démontré dans ses leçons de 1884, 1885. Il s'agit ici probablement d'une de ces modifications transitoires des cellules de l'écorce cérébrale qui se manifestent sous la forme d'un trouble psychologique.

Le début des phénomènes s'accorde avec cette supposition : Les causes provocatrices sont presque toujours des accidents qui n'ont pas amené de grands traumatismes physiques, mais qui ont été accompagnés de vive émotion morale. La malade du Dr Despine (d'Aix), qui est restée paraplégique deux ans, avait fait une chute de sa hauteur et était tombée assise par terre, chute bien minime, mais qui se complique dans l'esprit d'une enfant de onze ans de la préoccupation de cacher l'accident à sa mère, de ne pas lui dire qu'elle s'était disputée avec une petite amie. Un malade de M. Charcot prétend qu'une voiture lui a passé sur la jambe gauche, quoique, en réalité, il ait été simplement contusionné. Une femme hystérique, décrite par M. Souques, imite exactement la paraplégie d'une femme syphilitique qu'elle a vue auprès d'elle[1]. Une femme, raconte M. Gilles de la Tourette, donne une gifle à un

1. Souques. *Op. cit.*, 87.

enfant et sa main reste paralysée avec une anesthésie en manchette[1]. Un homme, R..., assiste à l'enterrement de son neveu qui a eu le bras coupé après un accident de machine et il rentre avec une monoplégie hystérique. Un individu qui travaillait le plomb imite la paralysie des extenseurs de son camarade, etc. Il en est de même pour les contractures : la malade dont j'ai parlé a eu la main contracturée parce qu'elle menaçait son mari du poing. Lem... a été frappé par un tonneau qui roulait sur le pont du navire, mais il n'a eu aucune blessure. Les contractures de Justine ont le plus souvent pour origine des rêves : c'est parce qu'elle a rêvé toute la nuit à son piano qu'elle a eu la main contracturée dans la position de l'octave; elle rêve qu'elle déménage son mobilier et qu'elle monte sans cesse l'escalier, au réveil elle a une contracture des jambes en flexion comme si elle montait des marches; elle rêve qu'on la force à marcher la tête en bas et elle se réveille avec les deux mains contracturées en l'air au-dessus de sa tête, etc. Un malade, cité par M. Guinon, présente un blépharospasme parce qu'il a eu un grain de sable dans l'œil[2]. Ajoutons que le plus souvent les accidents ne se produisent pas immédiatement après la cause provocatrice, mais qu'il s'écoule un certain laps de temps avant que l'accident ne soit nettement déterminé. On a justement donné à cette période le nom de période de méditation, car il est vraisemblable que le sujet l'emploie à méditer son accident.

La fin, la guérison de semblables accidents nous suggère encore la même pensée; on sait qu'ils peuvent disparaître à la suite d'une émotion, d'un rêve[3], d'une suggestion. Lem... contracturé depuis six semaines, a été guéri en quelques minutes, Justine perd ses contractures dès qu'on lui secoue un peu la main. Les étincelles électriques et même la fameuse « insufflation » faite sur la région où passe le tronc principal du nerf et que pratiquaient les anciens

1. Gilles de la Tourette. *Op. cit.*, 522.
2. Guinon. *Agents provocateurs*, 310. — P. Richer. *Op. cit.*, 9.
3. Souques. *Op. cit.*, 98.

magnétiseurs n'agissaient pas autrement; « le massage, M. Charcot l'avait remarqué autrefois[1], produit une sorte d'hypnotisme local », ou, tout simplement, il attire l'attention du sujet, il lui impose de nouvelles sensations musculaires qui lui rendent la disposition de son membre.

Pendant que ces phénomènes existent, nous remarquerons qu'ils peuvent durer fort longtemps sans s'accompagner de ces modifications des réflexes[2], de la réaction électrique, de ces troubles trophiques qui ne tardent pas à se manifester après les lésions de la moelle ou de l'encéphale. Nous observerons que la localisation de ces accidents à l'épaule sans participation du bras, aux deux membres d'un côté sans participation de la face ne semble pas en rapport avec la structure du système nerveux, que la limitation singulière des paralysies et des anesthésies se rattache à des idées populaires bien plus qu'à des localisations anatomiques. Dans bien des cas, la systématisation est plus surprenante encore et tout à fait inconnue dans la clinique des lésions organiques. Nous serons étonnés de voir des paralysies aussi complètes, des insensibilités aussi absolues rester cependant aussi limitées. Enfin, l'indifférence des malades, l'absence presque constante des douleurs, la disparition des accidents pendant le sommeil chloroformique[3] nous feront aussi penser à un trouble mental. Après des remarques semblables, M. Babinski concluait que la contracture hystérique peut être comparée à un état de contraction volontaire prolongée, elle dépendrait, comme la paralysie, d'un état psychologique des sujets qui sont incapables de faire passer volontairement certains muscles de l'un à l'autre de ces deux états d'équilibre, le relâchement et la contraction[4]. Ce sont donc *des troubles psychologiques qui jouent dans ces phénomènes le plus grand rôle.*

1. Charcot. *Op. cit.*, III, 398.
2. Babinski. Paralysies, contractures organiques et hystériques. *Société méd. des hôp.*, 5 mai 1893.
3. Charcot. *Op. cit.*, III, 377.
4. Babinski. *Op. cit.*, 16.

2° *Les phénomènes psychologiques dont dépendent ces accidents sont des amnésies.* — Cherchons maintenant à préciser la nature de ces altérations mentales. Beaucoup d'auteurs sont disposés à voir dans les paralysies des troubles de la volonté et de l'attention. « Dans les paralysies hystériques, disait déjà Brodie, ce ne sont pas les muscles qui n'obéissent pas à la volonté, mais c'est la volonté elle-même qui n'entre pas en action[1]. » Nous avons assez insisté sur l'importance des troubles de la volonté et de l'attention dans l'hystérie pour admettre sans hésitation que des troubles de ce genre jouent encore ici un grand rôle. Mais nous ne croyons pas que cette formule soit suffisamment précise ; l'aboulie même la plus intense, comme était celle de Marcelle, n'est pas une paralysie, elle trouble surtout les mouvements nouveaux, mais permet au sujet de reproduire sans difficulté et même avec conscience les mouvements anciens. Or les malades paralysés ne peuvent reproduire aucun mouvement même ancien. Une lacune de ce genre dans la conscience, ainsi que l'avait remarqué Rey Régis en 1789[2], nous semble se rapprocher beaucoup plutôt des *amnésies.* « La paralysie, disions-nous autrefois, doit être, en effet, une amnésie ; le mouvement des membres étant, comme nous l'avons vu, déterminé par la succession de certaines images dans la conscience, il suffit, pour perdre le mouvement, d'oublier ces images motrices. En réalité, ces deux choses, l'oubli et la paralysie, ne sont qu'un seul et même phénomène considéré de deux côtés différents, ... Une hystérique paralysée comme V..., par exemple, ne peut plus arriver à se représenter l'image visuelle ou musculaire de la jambe en mouvement[3]. » « Après avoir fermé les yeux de la malade, dit aussi M. Féré ; je la prie de chercher à se représenter sa main gauche (la main

1. D'après Gilles de la Tourette. *Op. cit.*, 285. — Cf. Séglas. Abasie et astasie émotives. *Médecine moderne*, 1891, n° 24.

2. Rey Regis. *Histoire naturelle de l'âme*, 1789. — D'après Charcot. *Op. cit.*, III, 464.

3. *Automatisme psychologique*, 362, 347.

paralysée) exécutant des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, elle en est incapable. Elle se représente parfaitement sa main droite exécutant des mouvements très compliqués sur le piano, mais à gauche, il lui semble que son bras se perd dans le vide, elle ne peut pas même s'en représenter la forme[1]. » M. Binet a remarqué autrefois que les choses ne sont pas absolument identiques quand il s'agit des contractures; « la malade n'arrive pas à se représenter sa main autrement que fermée[2] ». On constate cependant aussi le trouble de la mémoire.

Enfin cette conception est encore confirmée par l'examen des procédés qui réussissent le mieux à guérir ces paralysies. On montre au sujet les mouvements, on les lui fait exécuter par le membre sain, on les lui fait répéter peu à peu par le membre paralytique; en un mot, on lui rapprend ces mouvements parce qu'il les a oubliés[3]. Les divers auteurs qui ont parlé de l'astasie abasie et M. Blocq[4] en particulier, s'accordent à reconnaître aussi qu'il s'agit là d'un oubli des mouvements de la marche. Nous croyons qu'il en est ainsi toujours; le sujet ne sait plus se représenter les mouvements de son bras ou de sa jambe il a oublié tout ce qui se rapporte à ces organes.

3° *Première hypothèse sur l'origine de cette amnésie, l'épuisement des centres.* — Les différents auteurs s'accorderont, je crois, assez facilement sur ce premier point, mais il n'en sera plus de même si nous essayons d'aller plus loin et de comprendre *par quel mécanisme se produit cette amnésie* des images motrices. Nous rencontrons, en effet, tout d'abord, une théorie très simple qui malheureusement ne nous semble pas donner une explication juste de la majorité des paralysies hystériques. Le sujet, dit-on, a oublié certaines images motrices, c'est

1. Féré. *Pathologie des émotions*, 1892, 143.
2. Binet. *Revue philosophique*, 1889, I, 167.
3. Charcot. *Op. cit.*, III, 361.
4. Blocq. *Les troubles de la marche*, 62.

que ces images n'existent plus, les centres qui les produisaient ne peuvent plus leur donner naissance; ils ne sont pas détruits, mais ils ne fonctionnent plus, ils sont *complètement épuisés*. Le malade atteint de mutisme hystérique diffère sans doute forcément de l'aphasique par ramollissement, en ce sens que, chez le premier, la perte des images verbales est momentanée et qu'elle est irréparable chez le second, mais actuellement ils sont semblables, ils ont la même lacune complète dans leurs phénomènes psychologiques. C'est ainsi que M. Oppenheim semble comprendre ces paralysies quand il les rattache à un épuisement anormal des centres nerveux déterminé par une plus grande « molecular-labilität ». L'organe est plus excitable et atteint plus vite ce degré d'excitation qui paralyse la fonction[1]. C'est aussi à cette opinion que se rattache le plus souvent M. Féré: Ces paralysies, dit-il, ne reconnaissent, à mon avis, pour cause ni un choc ni une idée, mais la fatigue, l'épuisement;... l'idée ne joue dans leur production qu'un rôle accessoire,... ces paralysies sont dues à un épuisement central causé par une excessive dépense de force nerveuse[2]. Il démontre cette interprétation en donnant plusieurs observations intéressantes : dans l'une, une jeune fille travaille activement un morceau de piano qu'elle doit jouer à un anniversaire; *juste la veille de la cérémonie*, elle a une paralysie flasque du bras gauche[3]. Une autre rêve une nuit qu'elle est poursuivie par des hommes sur la place de l'Odéon, elle n'échappe que par une course précipitée et se réveille épuisée ; le lendemain on s'aperçoit qu'elle marche difficilement. Le rêve se reproduit toutes les nuits pendant une quinzaine, il apparaît même dans la journée, et peu à peu les deux jambes se paralysent complètement. « Ici la faiblesse du mouvement est réellement produite par l'influence graduelle de la fatigue due à l'épuisement des centres moteurs par suite

1. Oppenheim. *Op. cit.*, 1889, 6.
2. Féré. *Pathologie des émotions*, 1892, 145 et 49.
3. Féré. *Pathologie des émotions*, 143.

d'une rapide succession de décharges inutiles pour produire des mouvements[1]. »

Cette hypothèse de l'épuisement complet et réel des centres du membre paralysé, car ce n'est qu'une hypothèse, peut être utile et juste dans certains cas, nous croyons cependant qu'il ne faudrait pas la généraliser trop, ni la considérer comme une explication complète des faits. Ce qui est caractéristique dans la paralysie hystérique ce n'est pas l'engourdissement et la fatigue qui succèdent à un traumatisme ou même à un rêve, car ce phénomène existe chez tous les hommes, il est seulement un peu exagéré chez l'hystérique à cause de sa faiblesse générale qui est indiscutable. Ce qui est caractéristique, c'est que cet engourdissement ne disparaît pas en peu de temps par le repos, comme cela devrait avoir lieu même chez les êtres les plus affaiblis, c'est qu'il augmente, se transforme en paralysie complète et dure pendant des mois et des années. Qu'un centre ait été épuisé, soit; mais pourquoi reste-t-il épuisé pendant un an? Qu'est-ce qui empêche la réparation et entretient cet épuisement perpétuel? En deuxième lieu, si les hystériques sont si facilement épuisables, on s'étonne qu'elles ne soient pas constamment paralysées! Voilà des centres moteurs qui s'épuisent définitivement pour plusieurs mois par un rêve de course, pourquoi les centres voisins ne s'épuisent-ils pas par les convulsions quelquefois terribles qui ont lieu chez ces mêmes malades? Isabelle a les deux jambes paralysées à la suite d'une chute légère, cette chute a donc suffi à épuiser les centres moteurs de ses jambes, mais la voici qui a des attaques dans lesquelles elle remue les bras de tous côtés et se donne des coups très violents; quand elle se réveille de son attaque, elle a les bras très fatigués et non paralysés. Pourquoi l'épuisement se porte-t-il sur tel organe et survient-t-il à propos de tel événement, quand il ne survient pas à propos de tel autre beaucoup plus grave? Une jeune fille qui apprend le piano a maintes occasions de fatiguer sa main gauche,

1. Féré. *Op. cit.*, 152.

pourquoi donc la fatigue prend-elle la forme de paralysie à ce moment et juste au moment d'une cérémonie?

Tous les rêves de mouvement ne produisent pas des paralysies. Justine rêve qu'elle déménage son mobilier et se réveille avec des douleurs, des hyperalgies intolérables aux deux bras; elle rêve qu'elle étudie son piano et se réveille avec une contracture systématique de la main dans la position du pianiste qui fait une octave. Pourquoi le rêve de mouvement produirait-il l'épuisement dans un cas et non dans l'autre?

Enfin ce qui nous paraît essentiel dans les accidents hystériques, c'est la persistance du rêve. Ce rêve n'existe pas seulement dans quelques cas particuliers où un songe a été le point de départ des accidents, il existe toujours le jour comme la nuit, que le sujet s'en rende compte ou qu'il l'ignore. C'est là le vrai accident hystérique et il n'est pas expliqué par l'épuisement accidentel d'un centre moteur.

Nous ne croyons donc pas que la conception de l'épuisement local d'un centre rende compte complètement de ces phénomènes. Mais prenons maintenant la question d'une manière plus générale : peut-on dire que, dans les paralysies hystériques, il existe constamment un épuisement complet des centres moteurs et que les images motrices ne puissent plus aucunement exister?

Un grand nombre de faits nous inclinent à repousser cette dernière supposition. On sait que les paralysies en apparence les plus graves peuvent guérir subitement, à la suite d'une émotion, par un remède insignifiant ou par une suggestion. Je voudrais insister sur un caractère du même genre, observé déjà par plusieurs auteurs, et qui montre mieux encore la mobilité de ces paralysies. A de certains moments, dans des états particuliers, elles disparaissent complètement, non pas qu'elles soient guéries, car elles réapparaissent l'instant suivant, mais par ce qu'une modification très légère du système nerveux a suffi pour les supprimer momentanément. Un homme Sm..., est complète-

ment paraplégique depuis plusieurs mois, il faut l'apporter en brancard dans le cabinet de M. Charcot. Là une violente attaque d'hystérie se développe, il se traîne sur le sol, puis peu à peu, en proie à un rêve, il se relève, ouvre la porte et se sauve à toutes jambes au travers de la Salpêtrière. Un jour, dans une de ses attaques, il a grimpé avec une adresse merveilleuse après une gouttière et s'est sauvé sur un toit; que l'attaque soit terminée et il retombe complètement paraplégique. Ce que l'attaque et le somnambulisme produisent ici, le sommeil le produit sur d'autres. Rose, paraplégique pendant la veille, remuait si bien ses jambes pendant le sommeil qu'elle est tombée une nuit en dehors de son lit. M. P. Richer[1] rapporte une observation de M. Gouguenheim des plus intéressantes, à notre point de vue : dans un cas de paralysie complète des muscles du larynx, le malade devenait la nuit capable d'exprimer ses rêves à haute voix. M. Paul Richer rapporte lui-même un cas semblable. Il décrit une malade atteinte de paraplégie complète du bras et du poignet. « Pendant la nuit, la paralysie disparaissait, le malade remuait son membre qui prenait des positions variées. » Au réveil même, le mouvement du membre persistait jusqu'à ce que l'attention de la malade fût nettement attirée sur lui; alors il disparaissait[2].

Ce phénomène va être encore plus net si nous examinons ce qui se passe pendant les somnambulismes provoqués. Un magnétiseur célèbre, Despine (d'Aix), donne la description d'une hystérique, Estelle, absolument paraplégique; il fallait pendant la veille la traîner dans une petite voiture. Mais une fois mise en somnambulisme, elle courait et sautait. « Estelle devint même, en somnambulisme, l'un de nos meilleurs nageurs, se plaisant à donner des leçons aux jeunes personnes avec qui elle se trouvait quelquefois au bain; elle plongeait, faisait la planche, et tous les autres

1. Paul Richer. *Op. cit.*, 207.
2. Paul Richer. *Op. cit.*, 19.

tours de force de ce genre d'exercice.... » Réveillée, elle était impotente comme devant[1].

J'ai moi-même décrit un fait exactement semblable observé sur une malade, Rose, paraplégique depuis trois mois. M. Pitres en décrit un autre exemple de la même manière[2]. Enfin je viens d'en revoir un exemple nouveau. Leq... est une femme hystérique, enceinte de six mois, elle présente des symptômes d'avortement, causés uniquement, à mon avis, par le souvenir de ce fait que, dans une grossesse antérieure, elle a avorté à six mois. Grâce à quelques précautions, l'avortement ne se produit pas, mais quand la malade veut se relever elle est entièrement paraplégique : les jambes sont insensibles et inertes. Dès que Leq... est mise en somnambulisme, elle sent le plus léger attouchement aux jambes, elle se lève et marche sans difficulté. Il est vrai que la paralysie réapparaît au réveil, mais on arrive à la guérir assez facilement.

Ces faits me paraissent assez importants; il faut que l'épuisement organique dont dépend la paralysie soit bien léger pour qu'il puisse disparaître ainsi subitement au cours même de la maladie, et les influences capables de le modifier ainsi me semblent jouer un rôle plus considérable dans la formation de l'accident.

Mais on peut quelquefois, rarement il est vrai, car l'expérience est difficile, faire des remarques encore plus significatives. Au moment même où la paralysie paraît exister, on peut obtenir des mouvements, simplement en modifiant les conditions psychologiques. J'ai publié autrefois une observation qui me semble encore avoir quelque intérêt et que je demande la permission de résumer. M. le Dr Piasecki, qui vient de mourir si malheureusement victime de son dévouement pendant l'épidémie cholérique du Havre, avait eu l'obligeance de me conduire auprès d'une de ses malades, une jeune femme de trente ans, V..., atteinte depuis

1. Despine (d'Aix). *Traitement des maladies nerveuses par le magnétisme*, 1840, 61.

2. Pitres. *Op. cit.* 406.

six semaines d'une paraplégie hystérique.... « Les jambes, qui étaient entièrement flasques et qui tombaient par leur propre poids, avaient perdu jusqu'aux hanches toute sensibilité tactile et musculaire.... Leur mouvement était totalement impossible, même quand la malade les regardait; les bras au contraire paraissaient avoir des mouvements faciles et gesticulaient sans cesse; mais je ne tardai pas à m'apercevoir qu'ils ne se remuaient ainsi qu'à une condition : il fallait que V... eût les yeux ouverts et les regardât toujours; quand elle avait les yeux fermés ou ne regardait pas ses mains, elle perdait le mouvement des bras comme celui des jambes.... Après avoir fait rapidement ces quelques remarques sur l'état de la conscience du sujet, je fis signe au Dr Piasecki de faire ce qui avait été convenu entre nous : il se mit à parler sérieusement avec la malade de manière à détourner complètement son attention. De mon côté, je m'écartai d'elle sous prétexte d'écrire quelques mots. Quand je vis que, suivant l'habitude des hystériques, elle avait complètement oublié ma présence, je lui commandai tout bas de lever un bras, de faire tel ou tel geste. Tandis que précédemment elle ne pouvait faire aucun mouvement sans regarder son bras, elle le remuait maintenant sans le savoir, de toutes les façons, même derrière son dos. Enhardi par ce résultat, je lui commande de lever la jambe droite, puis la gauche, de les plier, etc. Tout cela s'accomplit très exactement et avec la plus grande facilité. Ainsi ses jambes, paralysées depuis six semaines, pouvaient facilement se remuer... seulement ce mouvement avait lieu subconsciemment, en dehors de la personnalité réelle du sujet qui, elle, avait perdu le mouvement des deux jambes[1]. » M. Binet en rendant compte du travail précédent, ajoutait une observation encore plus nette : « J'ajoute, disait-il, une seconde preuve : j'ai vu chez quelques sujets l'écriture automatique se produire dans des membres paralysés[2]. » M. Oppenheim exprime des remarques du

1. *Automatisme psychologique*, 1889, 359.
2. Binet. *Revue philosophique*, 1890, I, 197.

même genre[1]. Ces faits ne sont pas isolés, car nous les retrouvons dans des observations tout à fait indépendantes, dans les observations sur l'ophtalmoplégie externe. MM. Ballet, Bristowe, Parinaud, Raymond, Kœnig et d'autres observateurs sont d'accord pour reconnaître que malgré la paralysie, les mouvements automatiques de l'œil sont conservés. Célestine, une malade sur laquelle nous avons vérifié l'exactitude de ces descriptions, ne peut tourner les yeux à droite, quand on l'examine au périmètre et quand on la prie de suivre volontairement un objet qui se dirige à droite. Mais il suffit de laisser tomber l'objet par terre à sa droite pour voir ses deux yeux se tourner brusquement et rapidement à droite. Ces faits nous montrent donc un détail de plus, c'est que, dans certaines paralysies au moins, bien qu'elles semblent en apparence complètes, l'épuisement des centres nerveux n'est pas réel et que le mouvement peut encore se produire au moment même où le sujet se déclare incapable de le faire.

4° *Théorie du développement de l'amyosthénie et de l'exagération de la diathèse de contracture.* — Les expériences précédentes nous rappellent celles qui ont déjà été décrites à propos des stigmates ; des faits semblables ont été rapportés à propos des anesthésies et surtout à propos de deux altérations du mouvement très importantes et très fréquentes, l'amyosthénie et la diathèse de contracture. Quand ces stigmates existent, le mouvement volontaire est extrêmement affaibli et l'on peut se demander si cet affaiblissement ne peut pas aller jusqu'à la paralysie véritable. C'est précisément l'opinion qu'a soutenue M. Paul Richer, l'un des auteurs qui ont fait de ce symptôme l'étude la plus approfondie. L'amyosthénie, dit-il, augmente dans diverses circonstances et « elle se transforme parfois graduellement en véritable paralysie, ou bien elle constitue un terrain favorable au développement de la con-

1. Oppenheim. *Op. cit.*, 6.

tracture[1] ». Cette remarque nous paraît renfermer l'explication d'un certain nombre d'accidents.

Il y a en effet des paralysies qui se développent sans aucun choc, sans aucune émotion, sans aucun rêve qui les expliquent complètement, ainsi que M. Pitres l'a fait remarquer. Voici V..., par exemple, qui reste couchée une dizaine de jours pour une bronchite de peu de gravité; elle est bien soignée et nullement inquiète, elle ne se préoccupe d'ailleurs que de sa poitrine et nullement de ses jambes. Pourquoi est-elle paraplégique quand elle veut se lever? Th... a eu sans doute des mésaventures relativement à sa jambe gauche; à la suite d'un faux pas, elle a eu une légère contracture que le médecin a soignée par des vésicatoires, un appareil plâtré et l'extension continue. Elle avait le droit de présenter une paralysie de la jambe gauche, c'est ce qu'elle a fait; mais pourquoi donc est-elle en même temps paralytique du bras gauche? Enfin pourquoi Camille devient-elle de temps en temps hémiplégique du côté gauche d'une façon graduelle et insidieuse sans aucune raison déterminante?

On trouvera, je crois, la raison de ces phénomènes en songeant à l'état antérieur de ces malades. V... était depuis longtemps totalement anesthésique, Th... et Camille avaient déjà une anesthésie profonde du côté gauche avec perte du sens musculaire, elles présentaient déjà au complet le syndrome de Lasègue. Avant leur paralysie actuelle, elles avaient déjà en réalité des phénomènes paralytiques, elles ne pouvaient remuer volontairement leur côté gauche qu'en le regardant, elles ne pouvaient plus le remuer volontairement pendant la nuit. Nous avons déjà décrit cette paralysie intermittente des hystériques, qui ont besoin de voir leurs membres anesthésiques pour y faire attention et se représenter leur mouvement et qui les oublient complètement dans l'obscurité. Leur paralysie actuelle est-elle bien différente de leur faiblesse antérieure?

1. P. Richer. *Op. cit.*, 25.

Elle n'en diffère que par le degré; les malades ont perdu plus complètement encore le pouvoir de saisir dans leur perception personnelle les images relatives à leur côté gauche. Cette augmentation de leur distraction normale n'est même pas très surprenante. Nous savons que les hystériques dont le champ de conscience est très rétréci ne conservent dans leur perception personnelle que les phénomènes élémentaires les plus indispensables, ceux qui sont actuellement utilisés. Or, dans le cas présent, la maladie a encore augmenté cet épuisement général du système nerveux et ce rétrécissement de leur champ de conscience; d'autre part, le séjour au lit les a empêchées d'utiliser leurs images motrices et surtout les images relatives à leurs jambes et à leur côté gauche, il est tout naturel qu'elles les oublient plus complètement que jamais.

Nous sommes d'autant plus disposés à accepter cette hypothèse que c'est précisément chez ce genre de malades que nous observons le plus nettement les modifications de la mobilité pendant le somnambulisme et la conservation des actes subconscients malgré la paralysie. Nous pensons donc que chez elles les accidents paralytiques ne sont qu'un développement des stigmates, une manifestation particulière de l'épuisement général et du rétrécissement de la conscience. Dans certains cas, les stigmates s'accompagnent d'un développement remarquable des actes subconscients, les membres anesthésiques sont disposés à la catalepsie partielle et, à toutes ses variétés, ils présentent en même temps une aptitude étonnante à entrer en contracture. Une excitation quelconque même légère provoque ces contractures. Nous n'avons pas la prétention d'expliquer complètement ce phénomène, de dire la part qu'y prennent la moelle ou le cerveau, nous savons seulement qu'il s'y mêle des phénomènes psychologiques incontestables, et que, malgré l'anesthésie du membre, les diverses excitations provoquent des sensations distinctes. N'est-il pas naturel que des excitations du même genre développent des contractures sur ces membres anesthésiés et paralysés,

abandonnés par la personnalité et livrés aux phénomènes subconscients? Nous voyons, dans certains cas, comme dans l'observation de Barb..., des jambes complètement anesthésiques présenter alternativement soit des phénomènes de chorée rythmée, soit des contractures, soit de la catalepsie partielle, soit de la paralysie. C'est qu'en effet ces différents phénomènes sont très voisins les uns des autres et peuvent se mélanger intimement.

Cette explication nous paraît applicable à un groupe assez net d'accidents, les paralysies et les contractures que nous avons qualifiées de générales, celles qui prennent la forme paraplégique et surtout la forme hémiplégique. Elles présentent un aspect caractéristique et nous paraissent réclamer une interprétation distincte.

5° *Théorie des paralysies et contractures par idée fixe.* — Il est bien évident qu'il ne peut être question d'appliquer les théories précédentes à toutes les paralysies. Beaucoup se développent chez des sujets qui n'avaient antérieurement ni anesthésie, ni amyosthénie, elles se forment rapidement et elles ont un aspect tout différent. Au lieu de frapper un côté du corps, elles portent sur un seul membre qui a été le siège d'un traumatisme, ce sont des *monoplégies*. Dans quelques cas, le traumatisme peut porter accidentellement sur les deux membres d'un même côté et produire une hémiplégie apparente qui ne sera pas cependant identique aux précédentes. M. Charcot, après avoir rapporté le cas d'un homme qui devient hémiplégique du côté gauche après s'être couché de ce côté au fond d'un puits, propose, à notre avis très justement, d'appeler ces phénomènes des *monoplégies doubles*[1].

Ce sont des paralysies de ce genre que M. Charcot a étudiées en 1884-1885 et qu'il a rattachées, comme M. Russel Reynolds, à des phénomènes d'auto-suggestion, à des idées fixes. Cette conception soulève évidemment de très grandes difficultés et n'a pas la prétention d'expliquer tous les détails,

1. Charcot. *Leçons du mardi*, I, 253, 289.

mais elle nous paraît encore aujourd'hui la plus vraie et la plus générale. Nous allons tâcher de mettre en évidence l'existence de ces idées fixes.

1° Ces accidents, comme on l'a vu, ont un début bien net; ils datent d'un accident, d'une émotion qui peut être nettement représentée dans l'esprit du malade. Le plus souvent, il y a eu au début une contusion ou même un véritable épuisement nerveux par surmenage. Mais l'épuisement nerveux local ne se prolonge pas indéfiniment; s'il se prolonge, il faut une explication de cette durée anormale et l'idée fixe, provoquée peut-être par cet épuisement momentané, intervient pour jouer un rôle prédominant. Pour certains cas même, on peut démontrer qu'il y a eu une petite lésion cérébrale au début de la paralysie. Si l'hystérie est la grande simulatrice, elle est aussi la grande exagératrice, et l'idée fixe se développe à propos du trouble moteur et de la gêne apportés par la lésion. C'est une idée très féconde en clinique que celle des associations de l'hystérie et des petites lésions encéphaliques. 2° Cette idée fixe dont on a vu le point de départ, on en constate souvent la permanence. Elle explique comment la paralysie ou le spasme peut continuer alors que « tout signe de l'irritation primitive a disparu[1] »; elle donne aux paralysies et surtout aux contractures leur aspect systématique. Quel phénomène, sinon une idée, pourrait déterminer ces attitudes bizarres de la main, du tronc qui semblent la continuation d'une action? Quand Lem. est toujours courbé en avant, ne garde-t-il pas l'attitude qu'il avait quand une barrique lui a frappé le thorax? Dans certains cas, on peut surprendre encore mieux l'action d'une idée fixe. Les contractures semblent des contractions absolument permanentes des muscles, en réalité il n'en est rien. Le plus souvent, à notre avis, quand la jambe est étendue sur le lit, quand personne n'y touche, quand le sujet n'essaye pas de la mouvoir, les muscles se reposent et sont parfaitement relâchés. On peut voir et même sentir sous la main la contraction

1. Lasègue. *Études*, II, 75.

instantanée des muscles au moment où l'on essaye, ou bien quand le sujet essaye lui-même de déplacer le membre[1]. Il y a là comme une obstination à maintenir le membre dans une position déterminée; quelquefois cette idée fixe est consciente, et il faut tromper le sujet pour que le phénomène cesse de se produire. Lucie avait un spasme des mâchoires que nous ne pouvions défaire; on lui donne l'idée de tirer la langue quand nous entrerons. Cette pensée l'amuse et la voilà qui oublie de tenir la bouche fermée et qui nous tire la langue. M. Gilles de la Tourette rapporte un curieux exemple du même genre. « Straubridge, dit-il, obtint la guérison d'un blépharospasme hystérique, par l'élévation forcée des paupières au moyen de bandes de sparadrap. L'effet moral fut aussi grand que l'effet physique; plusieurs fois quand le pansement s'était détaché à l'insu du malade, l'œil restait ouvert, tandis que, après l'enlèvement voulu du sparadrap, le spasme se rétablissait immédiatement[2]. »

3° Mais le plus souvent, l'idée est subconsciente et le sujet est tout étonné de cet entêtement de ses membres. Il faut alors tâcher de pénétrer dans la connaissance de ces phénomènes psychologiques ignorés par le malade lui-même. Dans les rêves[3], dans les attaques, dans les somnambulismes, on retrouve la terreur initiale, la répétition du même accident, la même attitude du membre. Alz. a été blessé à l'épaule gauche par la chute d'un ascenseur et il a le bras paralysé; mais il a en outre des attaques terribles dans lesquelles il maintient son bras gauche appuyé contre le sol, tandis qu'il se défend du bras droit et lance des yeux terrifiés du côté gauche, il garde exactement l'attitude dans laquelle on l'a ramassé après sa chute. Pasq. a présenté pour la première fois du mutisme hystérique à la suite d'une scène de ménage avec sa femme; son mutisme est intermittent, se prolonge pendant quelques jours, puis dis-

1. Cf. P. Richer. *Op. cit.*, 87.
2. Gilles de la Tourette. *Op. cit.*, 406.
3. G. Guinon. *Agents provocateurs*, 366.

paraît; mais, pendant les périodes de mutisme, il est sombre et pleure, il a sans cesse devant les yeux l'image de sa femme et ressent la même émotion, ainsi qu'il l'explique très bien quand on le met en somnambulisme, car il reprend à ce moment la parole. Cap. a eu le pouce pris dans une porte et tiré en dedans; elle a présenté une contracture du pouce ou flexion, mais cette contracture a pu être guérie. Très souvent elle présente le matin au réveil la même contracture sans savoir pourquoi : c'est qu'elle a rêvé à son accident, ainsi qu'on l'apprend très vite en la mettant en somnambulisme. Inutile d'insister sur des exemples qui seraient tous semblables.

Si nous renonçons à l'observation proprement dite, nous pouvons vérifier par l'expérimentation le rôle des idées fixes dans la production des accidents. Chez ces mêmes malades ou chez d'autres, on reproduira les mêmes accidents par suggestion ou par un choc qui éveillera dans l'esprit des idées équivalentes. Il ne suffit pas de dire que la suggestion agit comme une émotion déprimante parce qu'elle provoque la résistance du sujet; il en est ainsi de toutes les suggestions, même des plus gaies. L'émotion déprimante, si elle se produit, et la paralysie, sont des conséquences de l'idée suggérée, des états psycho-physiologiques qu'elle amène par son développement, et c'est toujours l'idée suggérée et envahissante qui joue le principal rôle. A quelque point de vue que l'on se place, on trouve donc des idées fixes plus ou moins conscientes qui accompagnent ces paralysies et ces contractures.

4° De quelle nature sont ces idées fixes? M. Charcot a décrit l'idée la plus simple et certainement la plus fréquente, simplement l'idée d'engourdissement, d'impuissance, de paralysie. Le sujet pense qu'il est paralysé et il se conduit comme un paralysé, il réalise son accident comme il le conçoit avec ou même sans anesthésie, suivant son idée[1]. Nous croyons que cette explication très simple est presque toujours la plus vraie. Cependant, d'autres idées peuvent

1. Charcot. *Op. cit.*, III, 326, 353.

intervenir et amener la paralysie d'une façon un peu moins directe, des émotions vives, des timidités, des frayeurs paralysent les jambes sans que l'on pense expressément à être paralysé. Un jeune homme, dont M. Charcot raconte l'histoire, est paralysé au moment de lire des vers à la distribution des prix[1]. Que la représentation de la scène, que l'état émotionnel persiste dans l'esprit d'une façon plus ou moins consciente et la paralysie persistera. Nous proposons enfin, avec plus d'hésitation, une troisième supposition. Toute idée subconsciente enlève des sensations et des images à la personnalité principale[2], le médium ne sent plus sa main et ne peut plus la mouvoir pendant qu'elle écrit automatiquement. Berthe est obsédée par une chanson qu'elle chante « en dedans » malgré elle; pendant cette période, elle ne peut plus parler. Un rêve persistant subconsciemment, dans lequel le mouvement d'un membre est représenté, est en quelque sorte envahissant et enlève à la conscience principale la disposition de ce membre. Le... rêve qu'il se bat contre un voleur et repousse l'assaillant avec sa main droite, pendant que celui-ci lui met le genou sur l'hypocondre gauche et lui serre le cou avec sa main. Il présente au réveil un point hyperesthésique au flanc gauche, point qu'il suffit de presser pour amener l'hallucination complète de la scène, mais il présente, en outre, une plaque d'anesthésie au cou, une insensibilité complète et une paralysie presque complète du bras droit. Pourquoi ces deux symptômes? Parce que ces sensations de pression au cou et de mouvement du bras droit font, pour ainsi dire, partie du rêve, sont absorbés par lui et ne sont plus à la disposition de la personnalité. Ce n'est là qu'une hypothèse, elle ne porte que sur des cas tout particuliers, sur la façon dont telle ou telle idée fixe amène la paralysie, et non sur le rôle de l'idée fixe en général dans ces accidents.

Quelques objections ont été faites; on peut, disait-on,

1. P. Richer. *Op. cit.*, 17.
2. *Rev. philos.*, 1887, I, 463. *Autom.*, 291. *Stigmates mentaux*, 116.

provoquer des paralysies chez des hystériques, pendant qu'elles sont en attaque, ou en sommeil, ou même en agissant sur leur côté anesthésique ; ces provocations ne sont pas senties, elles agissent donc physiquement et non moralement. Nous sommes convaincu, au contraire, qu'une hystérique sent, et présente des phénomènes psychologiques, pendant l'attaque, pendant le sommeil, et même quand on la frappe du côté anesthésique. En agissant ainsi, on se met au contraire dans les meilleures conditions pour faire des suggestions. On peut, dit-on encore, paralyser des hystériques en les épuisant par l'application de l'aimant ou par l'application d'un diapason vibrant sur les points hystériques. On nous dispensera de démontrer le rôle énorme de la suggestion dans de semblables expériences; nous renvoyons à ce que nous avons déjà dit à propos de l'aimant et des points hyperesthésiques. Une objection plus importante est celle de M. Grasset[1]; c'est que la suggestion expérimentale n'est pas toujours capable de défaire les accidents naturels de l'hystérie. Cela est malheureusement vrai, mais nous ne savons pas assez exactement l'idée délirante qui entretient la paralysie, l'état dans lequel il faut placer le sujet pour l'atteindre, les moyens de la modifier, pour la faire toujours disparaître. Il y a également des suggestions expérimentales faites dans des conditions déterminées qu'un autre opérateur ne saura pas enlever s'il ne sait pas se placer exactement dans les mêmes conditions. Cette remarque, fort juste, montre que nous avons encore beaucoup à apprendre sur le mécanisme des idées fixes, mais ne supprime pas leur existence.

Nous avons cru devoir insister sur ces accidents curieux et sur les problèmes difficiles qu'ils soulèvent, et nous sommes bien loin de les avoir résolus. Cependant il semble qu'en empruntant aux différents auteurs leurs conceptions les plus justes, en les complétant l'une par l'autre au lieu de les contredire, nous avons pu indiquer comment les paralysies et les contractures se rapprochaient des autres

1. D'après Guinon. *Agents provocateurs*, 354.

accidents. L'épuisement local au début de l'accident, l'épuisement général pendant toute la durée de la maladie qui engendre la suggestibilité et les idées fixes, le développement de certains stigmates, comme l'amyosthénie et la diathèse de contracture, et surtout les idées fixes qui altèrent les mouvements d'une façon directe ou indirecte, permettent de résumer au moins une partie des faits.

§ 5. — EFFETS GÉNÉRAUX DES IDÉES FIXES. MODIFICATION DES STIGMATES.

Nous venons de passer en revue quelques-uns des effets particuliers, que l'on pourrait appeler locaux, des idées fixes, et nous avons vu qu'elles peuvent produire sur tel ou tel point du corps des hyperesthésies, des mouvements choréiques, des paralysies, des contractures, etc. Mais leur action est encore plus étendue, elles ne se bornent pas à modifier isolément un phénomène ou une fonction, elles ont une influence des plus graves sur tous les autres phénomènes psychologiques et transforment l'ensemble de la pensée.

Cette opinion a déjà été exprimée en partie par ceux qui ont prétendu expliquer les stigmates mêmes de l'hystérie par des idées fixes. Certains malades semblent en effet avoir une pensée plus ou moins nette se rapportant à leurs amnésies ou à leur faiblesse motrice. Marcelle, dont l'aboulie était si caractéristique, rêvait qu'elle était paralysée. Certains autres, on l'a remarqué assez vite, ne présentent leurs stigmates qu'au moment où ils paraissent y faire attention et ne les présentent plus quand ils sont distraits. On croit les prendre en défaut quand ils ne pensent plus à jouer la comédie de l'insensibilité ou de l'amnésie et on en conclut facilement que ces stigmates sont des sortes d'idées fixes survenues par accident.

Cette explication serait simple : le sujet ne sentirait pas, ne se souviendrait pas parce qu'il se serait suggéré la pen-

sée de ne pas sentir, de ne pas se souvenir. Malheureusement, nous n'avons pas vu une influence aussi directe des idées fixes sur les stigmates; l'observation d'un grand nombre de faits très réguliers et faciles à constater nous empêche d'assimiler les stigmates, l'anesthésie par exemple, aux symptômes accidentels. 1° Il y a toujours un événement précis au début de l'accident par idée fixe; ici, nous ne voyons rien dans l'histoire des malades qui ait pu leur mettre en tête la pensée de ne pas sentir du côté gauche et celle d'avoir le champ visuel rétréci. 2° Les accidents par idée fixe sont connus par les malades; les stigmates sont tellement indifférents au malade que le plus souvent ils sont ignorés. 3° Il est vrai que certaines idées fixes sont subconscientes, mais on en retrouve la pensée dans des états somnambuliques ou par les procédés qui permettent de constater les phénomènes subconscients; jamais aucun de ces procédés ne nous a permis de constater une idée fixe relative aux stigmates. 4° La pensée de l'accident détermine la nature du symptôme, en d'autres termes, le malade réalise un symptôme comme il le pense. Au contraire, nous trouvons dans le stigmate des caractères compliqués dont le sujet n'a aucune idée. Soupçonne-t-il les troubles bizarres des mouvements qu'amène avec elle l'anesthésie musculaire? Avait-il la notion de ce syndrome de Lasègue que nous constatons quelquefois chez lui dès qu'il arrive à l'hôpital? 5° Les idées fixes étant accidentelles et personnelles sont très variables; on ne peut énumérer les tics bizarres que l'on rencontre et on peut toujours s'attendre à en voir encore de nombreux que l'on n'avait pas prévus. Les stigmates sont parfaitement réguliers et sont restés les mêmes depuis le moyen âge jusqu'à aujourd'hui dans tous les pays où on les a observés. 6° Enfin nous avons déjà remarqué autrefois que les idées fixes ne se développent d'ordinaire, sauf des cas tout particuliers, qu'à une époque déjà assez avancée de la maladie. Cette disposition à la suggestibilité, à la division de la conscience, n'est pas complète dès le début; or les stigmates se montrent souvent

très tôt à une période où les idées fixes ne pouvaient avoir cette force et cette persistance.

Sans doute, dans certains cas, des caractères partiellement analogues aux stigmates, des anesthésies ou des troubles du mouvement pourront être déterminés par suggestion. Mais nous croyons que ce n'est pas la formation naturelle de ces symptômes. Le plus souvent, ils ne sont pas accidentels, mais ils sont l'expression d'une faiblesse cérébrale, d'un rétrécissement du champ de conscience dont nous avons essayé d'indiquer les lois générales.

L'influence des idées fixes sur les stigmates est d'une autre nature; elle est indirecte. Une idée quelconque qui semble n'avoir aucun rapport avec la sensibilité ou la mémoire détermine par sa seule présence un affaiblissement de la perception personnelle qui se traduit extérieurement par une augmentation des stigmates. Le fait est très évident et très simple si l'on considère des idées fixes conscientes, c'est-à-dire connues et avouées par le sujet et leur influence sur la volonté et l'attention. Nous ne signalerons qu'un exemple d'aboulie intense entretenue par une idée fixe chez une hystérique. Ger... exerçait depuis dix ans les fonctions de concierge dans la même maison et elle avait toujours montré beaucoup d'activité et d'attention, quoiqu'elle ait eu déjà quelques crises d'hystérie, très rares, à propos d'émotions violentes. Depuis six mois, son caractère et sa conduite ont complètement changé : elle a peu à peu renoncé à tout travail, elle reste presque toujours couchée, même dans la journée, elle paraît souffrir énormément dès qu'on lui demande le plus petit service. D'ailleurs elle se trompe sans cesse, répond tout de travers et semble ne plus comprendre ce qu'on lui dit, encore moins ce qu'on lui écrit, elle en arrive même à négliger complètement son enfant et à ne plus le reconnaître. Naturellement on a parlé de toutes les maladies possibles, un médecin a même attribué cette difficulté des mouvements à du rhumatisme et expliquait tout par l'humidité de la cour. Quand j'ai essayé de me rendre compte de ce qui provoquait un état d'aboulie

aussi intense, j'ai facilement remarqué que la malade cherchait à cacher quelque chose. En la prenant à part, en insistant un peu, la confession ne fut pas difficile à obtenir. Ger... avait fait la rencontre d'un chevalier d'industrie qui l'avait complètement dominée. Soit par des procédés hypnotiques, comme elle le prétend sans preuves, soit par des moyens beaucoup plus naturels, il s'était rendu facilement maître de cet esprit très faible d'hystérique ; peu à peu, sous différents prétextes, il s'était fait confier toutes les économies de la pauvre femme, puis il avait disparu. Ger... rêvait jour et nuit à son voleur, se croyant sous sa dépendance, et quoique volée, s'attendait sans cesse à être arrêtée par les gendarmes. Cette préoccupation continuelle avait amené une foule d'accidents nerveux et en particulier l'aboulie complète. J'ai hypnotisé cette malade, moins pour connaître l'idée fixe qui était bien consciente que pour me rendre compte de ce que le voleur avait pu faire autrefois. Cette femme est en réalité très hypnotisable, mais je ne crois pas qu'elle ait été réellement endormie par le voleur. D'ailleurs elle est tellement suggestible à l'état de veille que tout procédé compliqué était parfaitement inutile. Il suffit de quelques suggestions et surtout de quelques conseils pratiques pour tout mettre en ordre. Le propriétaire de la maison voulut bien se charger de poursuivre le voleur et Ger... renonça immédiatement à toute préoccupation. Aussitôt, la paresse, la fatigue, les troubles de l'esprit et même le prétendu rhumatisme disparurent comme par enchantement. Ger... se remit à soigner son enfant et sa maison et retrouva toutes les vertus d'une excellente concierge.

La même remarque est beaucoup plus difficile à faire quand les idées fixes ne sont pas connues par le malade, mais restent subconscientes. En voici un exemple assez curieux qui montre en même temps l'un des dangers de la suggestion posthypnotique. M... est venue un soir pour se plaindre de divers malaises, c'est après l'avoir fait passer dans cet état second que j'ai causé avec elle et que je lui

ai donné quelques conseils, puis je l'ai réveillée sans songer à lui répéter ces mêmes conseils pendant l'état de veille. Quelques jours après, elle m'écrit la lettre suivante : « Je ne puis m'expliquer l'état où je me trouve, je dois être très drôle, je comprends tout difficilement et il me semble que tout le monde me regarde, c'est peut-être que je m'explique mal. Je ne sens absolument rien, je laisse tomber à peu près tout, ce qui me donne un air très bête, je ne peux plus travailler et, si on s'en aperçoit dans la maison, ce serait ma perte.... Je ne sais pas si je fais erreur, mais j'ai le vague souvenir que j'ai quelque chose à faire. Depuis deux jours, j'ai longuement cherché ce que ce pouvait être..., je ne trouve pas, je me suis probablement trompée.... » Il suffit, comme on le devine, de la rendormir, de lui enlever cette suggestion mal faite pour lui rendre la tranquillité et la libre disposition de son attention. L'idée fixe appartenait uniquement à la seconde conscience, puisque M... éveillée ne pouvait pas la retrouver, et provoquait cependant une aboulie générale. D'ailleurs, dans tous les cas d'idée fixe subconsciente que nous avons déjà décrits, on retrouvait cette même perturbation de la volonté et de l'attention.

Les idées fixes ont un effet analogue sur la sensibilité, nous ne croyons pas que, sauf dans des cas très rares, l'idée fixe provoque directement l'anesthésie, mais elle la provoque souvent d'une manière indirecte. Justine n'a pas d'ordinaire d'anesthésie bien nette ni de rétrécissement du champ visuel; elle arrive un jour la figure sombre et méchante, elle répond mal aux questions et elle ne réagit pas quand on la pique. Je m'aperçois qu'elle est anesthésique totale et qu'elle a le champ visuel rétréci à 20 degrés. Je ne puis obtenir que peu de renseignements sur ce qui s'est passé, car elle me déclare seulement qu'elle est en colère contre son mari et qu'elle a voulu le frapper avec un couteau; elle est honteuse de son acte et ne s'explique pas comment elle a pu se laisser aller à cette violence. Quand elle est endormie profondément, elle raconte que hier matin, pendant qu'elle attendait pour

prendre sa douche, elle a entendu parler d'une malade qui venait d'ordinaire avec elle et qui a été enfermée dans un asile parce qu'elle voulait tuer son mari, « et moi aussi, dit-elle, je suis folle et je veux tuer, etc. ». L'idée fixe du rêve somnambulique fut détruite; au réveil Justine était tranquille et en même temps avait retrouvé la sensibilité complète et le champ visuel normal. Je n'avais cependant, j'en suis sûr, fait aucune allusion à l'anesthésie, mais elle était disparue spontanément en même temps que le rêve. Cette observation se répète exactement de la même manière chez d'autres malades, en particulier sur Maria, avec cette différence que chez elle, c'est toujours la même idée fixe qui réapparaît. Quand on la rencontre anesthésique, on peut affirmer qu'elle rêve plus ou moins consciemment à boire de l'éther. L'idée fixe est chez beaucoup de malades une grande cause de l'anesthésie, surtout chez celles qui ne sont pas régulièrement et constamment anesthésiques, mais qui ne le deviennent que par accident et à la suite d'une émotion.

Enfin l'idée fixe joue un rôle encore plus curieux dans la formation d'un autre stigmate, l'amnésie, et surtout cette variété que j'ai appelée l'amnésie continue. J'avais remarqué depuis longtemps que toutes les malades qui présentaient d'une manière bien nette cet oubli complet des événements récents au fur et à mesure de leur production, Marcelle par exemple, Justine ou Maria[1], étaient en même temps obsédées par des idées fixes le plus souvent latentes et je me demandais quelle influence ces deux phénomènes avaient l'un sur l'autre. L'étude d'une malade extrêmement remarquable à ce point de vue et que nous avons déjà décrite sous le nom de Mme D...[2], est venue trancher nos hésitations; nous résumerons ces recherches en quelques mots pour compléter une observation importante. Mme D..., au

1. *L'amnésie continue.* Communication au Congrès de psychologie expérimentale de Londres, 1er août 1892. *Revue générale des sciences*, 1893, 167.

2. *Stigmates mentaux de l'hystérie*, 1892, 94.

bout de 9 mois de maladie, oubliait encore tous les événements récents quelques minutes à peine après leur production. D'autre part, elle prétendait, quand on l'interrogeait sur ce point, n'être troublée par aucun rêve, par aucune idée et avoir, sauf le manque de mémoire, l'esprit aussi libre que par le passé. J'ai tenu à m'assurer de ce détail et à vérifier si réellement Mme D... avait, à l'inverse des autres malades, cette amnésie continue sans idées fixes. Je n'ai pas tardé à constater chez elle des obsessions très graves, ignorées par la malade elle-même et qui cependant troublaient complètement le fonctionnement cérébral. Ces idées fixes, ainsi que nous l'avons déjà dit, se manifestaient chez elles pendant l'attaque, pendant le somnambulisme et par des actes subconscients pendant la veille.

Comment déterminer l'influence de ces idées fixes sur l'amnésie elle-même? En essayant de les supprimer et en examinant ce que deviendrait alors la mémoire. Les suggestions directes, c'est-à-dire les suggestions portant directement sur la mémoire, faites, soit pendant la veille, soit pendant le somnambulisme, étaient à peine parvenues à lui faire conserver quelques mots dans sa mémoire; les souvenirs personnels et conscients de Mme D... s'arrêtaient toujours exactement au 14 juillet 1891. Voyons l'effet d'une thérapeutique en quelque sorte indirecte portant non plus sur la mémoire, mais sur l'idée fixe que nous supposons importante. Je ne raconte pas comment j'ai essayé de lutter contre l'idée fixe subconsciente, ce sont des études en dehors de notre sujet. Toujours est-il que, en quelques jours, j'avais modifié cette idée fixe. La malade rêvait toujours, mais l'homme qui lui apparaissait l'effrayait beaucoup moins maintenant, car il était transformé. Il avait pris ma propre figure et, au lieu de sa phrase terrifiante, il disait simplement : « Madame D..., préparez un lit, car je désire coucher chez vous à C... ». Cette modification de l'hallucination fut difficile, mais elle eut un résultat inattendu. Mme D..., tout éveillée et consciemment, eut des souvenirs vagues de son passé, elle put dire spontanément :

« C'est une peur qui m'a rendue malade, on m'a annoncé une mauvaise nouvelle ». En quelques jours, elle retrouva le souvenir des mois de juillet, août et septembre, c'est-à-dire des périodes les plus anciennes sur lesquelles s'étendait l'amnésie. En même temps les souvenirs du présent persistèrent plus longtemps, un quart d'heure, puis une heure, puis une demi-journée, une journée entière. Il est impossible d'étudier ici ce traitement et les difficultés qu'il présenta, je fais seulement remarquer que, chez cette malade et chez toutes les autres d'ailleurs, on constatait un rapport étroit entre l'amnésie continue et les idées fixes; quand celles-ci diminuaient, la mémoire se rétablissait; quand les idées fixes grandissaient de nouveau, ce qui était malheureusement trop fréquent, l'amnésie continue se rétablissait complètement. Ce nouveau stigmate peut donc, comme les premiers, être une conséquence indirecte de l'existence des idées fixes dans l'esprit.

Comment interpréter des faits de ce genre? D'une façon bien simple si l'on veut se souvenir de ce que nous avons supposé en étudiant la nature des stigmates. Ils étaient simplement pour nous la manifestation d'une grande distraction, d'un rétrécissement du champ de la conscience incapable de contenir tous les phénomènes psychologiques. Or les idées fixes sont, on en conviendra, une des grandes causes de distraction. Il est bien évident, même chez l'homme normal, qu'un esprit absorbé par une pensée obsédante est moins apte à percevoir les sensations et les images nouvelles. Chez des hystériques dont la force de pensée et de perception est déjà réduite, une idée fixe va devenir encore plus gênante, elle absorbe le peu d'attention disponible et laisse le sujet plus distrait, plus anesthésique et amnésique que jamais.

Ajoutons que souvent ces idées fixes privent les malades de sommeil, ce qui est loin d'être insignifiant dans les maladies par affaiblissement de la synthèse psychologique. « La mémoire, disait le physiologiste Lesage, de Ge-

nève [1], est la faculté intellectuelle que la privation de sommeil affecte le plus. » Ajoutons aussi que souvent les idées fixes comme les suggestions sont envahissantes, qu'elles semblent prendre et attirer certaines sensations et certaines images enlevées à la conscience normale, et nous comprendrons qu'elles augmentent les stigmates de l'hystérie. Cette influence des idées fixes peut être considérée comme une vérification des hypothèses que nous avions présentées sur la nature des stigmates. Quant à la forme particulière que cet affaiblissement de la perception prend suivant les cas, nous ne pouvons pas l'expliquer. Nous remarquerons seulement que l'effet général des idées fixes est chez toutes les malades à peu près semblable. Au moment où les idées fixes se développent d'une façon plus ou moins subconsciente, toutes deviennent abouliques, anesthésiques et amnésiques. Mme D... est absolument anesthésique pendant les rêves que j'ai décrits et Maria devient amnésique quand elle pense à l'éther. Mais, outre cet effet général, il y a une localisation spéciale de la faiblesse de perception sur les images motrices, sur les images du souvenir ou sur les sensations, qui fait que d'ordinaire Marcelle est plus aboulique, Mme D... plus amnésique et Maria plus anesthésique. Ces différences tiennent à des conditions particulières que nous ne pouvons toujours expliquer.

CONCLUSION

« Beaucoup d'accidents de l'hystérie, disait autrefois M. Charcot, sont des accidents d'ordre psychologique et sont dus aux pensées des malades. » Cette conception a été adoptée et répétée par la plupart des auteurs.

Nous avons cherché à confirmer ces hypothèses en analysant l'état mental des malades qui présentaient des accidents hystériques, en montrant que les idées fixes étaient

1. Cité dans les notes de la traduction de Dugald-Stewart par Prévost. Genève, 1808, II, 450.

quelquefois méconnues parce qu'elles se dissimulaient, mais qu'elles jouaient toujours un rôle capital. Enfin nous avons montré que de tels phénomènes intervenaient même dans les stigmates hystériques et qu'ils les produisaient d'une manière indirecte en diminuant la force de la perception personnelle. Avant d'étudier les lois de ces idées fixes et les conditions de leur formation, il nous faut examiner un autre de leurs effets, une de leurs conséquences les plus remarquables, l'attaque d'hystérie; pour le moment, nous nous contentons d'avoir étudié leur fréquence et leur importance.

CHAPITRE III

LES ATTAQUES

« Les hystériques, disait Briquet, sont sujets à être saisis de temps en temps d'un ensemble d'accidents spéciaux et graves qui apparaissent d'une manière soudaine, et après une durée ordinairement courte, disparaissent aussi brusquement qu'ils sont apparus. Cet ensemble d'accidents est ce que l'on nomme une attaque d'hystérie[1]. » Les accidents hystériques qui ont fait l'objet du précédent chapitre étaient ordinairement d'une intensité modérée, ils n'altéraient pas la conscience du malade jusqu'à la supprimer complètement; ces accidents étaient durables et se prolongeaient sans grande modification pendant un temps assez long, mais une fois terminés, ils pouvaient disparaître pendant fort longtemps. On donne le nom d'*attaques* à des accidents, ou mieux à des groupes, à des systèmes d'accidents qui ont précisément les caractères inverses; ils sont *aigus* et souvent bouleversent assez l'esprit pour faire disparaître la conscience que le malade avait de sa propre personnalité; ils sont *momentanés* et, à moins de transformations, leur durée ne dépasse guère quelques heures; enfin ils sont *périodiques* et manifestent une tendance très nette à se reproduire régulièrement de temps en temps avec les mêmes caractères.

Les attaques sont l'un des phénomènes les plus connus de l'hystérie : elles ont toujours attiré l'attention par leur caractère étrange et quelquefois effrayant; on les considérait comme des possessions diaboliques, comme des accidents terribles capables de mettre la vie du sujet en

1. Briquet. *Op. cit.*, 327.

danger. Plus tard, on apprit à distinguer mieux les attaques proprement hystériques des convulsions dues à une lésion cérébrale ou des accès épileptiques, et l'on vit que cette attaque est rarement très dangereuse en elle-même, au moins pour la vie des sujets[1]. M. Pitres a étudié avec soin ces diagnostics difficiles[2], sur lesquels nous n'avons pas à insister dans ce travail. Nous remarquerons seulement que les phénomènes psychologiques jouent un rôle plus considérable dans l'attaque hystérique que dans l'accès comitial.

Les attaques d'hystérie sont aussi remarquables par leur fréquence; Briquet avait remarqué cependant qu'elles ne sont pas absolument nécessaires et il disait que près de la moitié des malades étaient des hystériques sans attaques[3]. Peut-être néglige-t-il certaines formes peu connues, mais très fréquentes, de l'attaque dont nous aurons à parler. Le chiffre de M. Pitres, qui compte 63 hystériques pour 100 ayant des attaques, nous paraît plus juste[4]. Les malades qui ne présentent aucun phénomène analogue à l'attaque nous semblent assez rares; et il est nécessaire de bien connaître cet accident pour comprendre la nature de l'hystérie.

Malheureusement l'attaque est un phénomène extrêmement complexe, ou plutôt c'est un ensemble, un système de phénomènes très variés et difficiles à analyser. Aussi faut-il répéter encore une fois une déclaration que j'ai déjà souvent faite. Je ne prétends aucunement décrire tous les phénomènes de l'attaque en analysant les phénomènes moraux qu'elle présente. Au contraire, j'affirme qu'il y a, dans une attaque d'hystérie, une quantité de phénomènes purement physiologiques fort curieux et insuffisamment connus. Bien des fois, on observe non seulement des modifications de la respiration, qui peut être accélérée ou diminuée, mais des troubles les plus frappants de la circulation. Quelquefois des organes vasculaires se gonflent, le

1. Briquet. *Op. cit.*, 383. — Charcot. *Op. cit.*, I, 382
2. Pitres. *Op. cit.*, I, 230.
3. Briquet. *Op. cit.*, 347.
4. Pitres. *Op. cit.*, I, 207.

corps thyroïde devient dur et présente des battements visibles d'un seul côté ou des deux côtés; des plaques érythémateuses à bords très nets apparaissent sur la poitrine et sur les membres, l'écoulement des règles est modifié, suspendu ou rétabli, etc. On peut observer des troubles dans l'innervation des sphincters, l'émission involontaire des urines, que j'ai constatée deux fois dans des cas d'hystérie incontestables, et même des troubles de toute espèce dans les sécrétions. Une malade Od., à propos d'une émotion, d'une colère principalement, peut réagir de trois manières différentes : ou bien elle a immédiatement une attaque convulsive et délirante, ou bien elle sent au bout de quelques minutes l'écoulement de ses règles qui réapparaissent avec abondance, quel que soit le moment de l'émotion, ou bien, si ces deux manifestations de l'émotion n'ont pas eu lieu, elle éprouve de grands malaises, et, au bout de quelques heures, elle est couverte des pieds à la tête de petits boutons rouges gros comme une tête d'épingle, qui ne causent point de démangeaisons et qui disparaissent vers la fin de la journée. Que ces faits physiologiques soient sous la dépendance des phénomènes psychologiques ou cérébraux, comme cela arrive, je crois, très souvent, ou qu'ils en soient indépendants, ils existent pendant l'attaque d'une manière certaine. Je me propose, dans cet ouvrage, d'examiner surtout les phénomènes mentaux de l'hystérie; ils sont les plus évidents et les plus nombreux, peut-être même est-il indispensable de les bien connaître avant d'aborder l'étude plus complexe de la physiologie de l'hystérie.

Les attaques étant au moins au premier abord très diverses, je décrirai d'abord séparément les principales variétés avec les phénomènes psychologiques les plus importants qui les caractérisent, puis un dernier paragraphe réunira autant que possible les notions les plus générales que nous pouvons aujourd'hui exprimer sur l'automatisme psychologique dans les idées fixes et dans les attaques.

§ 1er. ATTAQUE ÉMOTIONNELLE OU ATTAQUE DE BRIQUET.

Nous proposons de donner le nom de Briquet à l'attaque hystérique la plus vulgaire, que l'on désigne sous différents noms, petite attaque d'hystérie ou crise de nerfs. C'est un ensemble de phénomènes sensitifs et moteurs assez peu complexe au premier abord; les malades se plaignent de diverses souffrances, portent les mains à la gorge comme si elles suffoquaient, « comme si une grosse boule, un gros marron, leur montait dans la gorge et les étouffait », ces sensations diverses constituent les prodromes, l'aura de l'attaque, puis elles tombent à terre, perdent le plus souvent connaissance, s'agitent en mouvements désordonnés, enfin se réveillent au bout d'un temps en général assez court, un quart d'heure par exemple, en pleurant et en gémissant. Il est difficile de préciser beaucoup cette description générale, car cette petite crise de nerfs est très variable suivant les malades; il me semble cependant qu'elle prend surtout deux formes particulières, la forme convulsive et la forme syncopale. La première attaque, très bien décrite par M. Pitres[1], est surtout caractérisée par les mouvements désordonnés qui surviennent après l'aura, quand la malade est tombée et a perdu connaissance. Ce sont des contractions toniques qui produisent d'une manière presque constante une attitude très particulière et justement considérée comme caractéristique; les malades se raidissent, puis semblent chercher à exagérer encore cette extension en renversant la tête, en courbant le dos en arrière et en soulevant le ventre, elles ne portent plus sur le lit que par la tête et par les pieds, elles « font le pont », suivant l'expression consacrée. Puis, après ces contractures générales ou mêlées avec elles, ce sont des convulsions irrégulières sans qu'un mouvement bien déterminé se répète, la tête s'agite de côté et d'autre, les

1. Pitres. *Op. cit.*, 211.

yeux s'ouvrent et se ferment, la bouche grimace; tantôt les malades serrent les dents, mais sans se mordre la langue, tantôt elles ouvrent la bouche et poussent des cris de toute tonalité. Les bras s'agitent en tous sens, frappent au hasard sur les objets environnants et sur la poitrine de la malade, les poings se ferment et s'ouvrent alternativement, les jambes se tendent, puis se fléchissent. En un mot, toutes sortes de mouvements se font sans grande signification. Pendant ce temps, la respiration est bruyante, irrégulière, les battements du cœur sont précipités, le visage est congestionné sans être cependant violacé comme dans les accès épileptiques. « Le calme se rétablit d'ordinaire assez brusquement, les malades restent quelques secondes comme étourdis; ils se frottent les paupières, regardent avec étonnement les personnes qui les entourent et demandent ce qui vient de se passer. Quand l'attaque a été de courte durée, ils réparent tout de suite le désordre de leurs vêtements et reprennent sans plus tarder leurs occupations habituelles. Quand, au contraire, les convulsions ont été violentes et prolongées, ils éprouvent un grand sentiment de lassitude qui les oblige à se reposer pendant quelques heures, ils ne tombent cependant pas dans l'état de sommeil stertoreux qui succède habituellement aux accès épileptiques[1]. »

La seconde variété, la forme syncopale, est moins fréquente; après une aura analogue à la précédente, mais quelquefois beaucoup plus courte, les malades se sentent faiblir, elles s'évanouissent suivant l'expression commune et juste[2]. Th. s'évanouit ainsi à chaque instant quand on veut la secouer, la faire manger, etc. Les malades n'ont pas de convulsions, elles restent immobiles, les yeux à demi clos, la tête ballante, les membres flasques. Tout au plus distingue-t-on quelques petites contractions dans les mains, qui restent fermées ou exécutent quelques mouvements rythmiques. Ces petits mouvements, quand ils existent,

1. Pitres. *Op. cit.*, I, 213.
2. Pitres. *Op. cit.*, II, 243.

aident au diagnostic. Dans ces attaques, la face est d'ordinaire pâle et non congestionnée, la respiration est ralentie. Dans les cas que j'ai pu observer, les battements du cœur restaient normaux. Le plus souvent, cet état se prolonge peu, quelquefois il peut se transformer en un véritable sommeil plus ou moins long. Il n'y a pas lieu d'insister ici sur les autres variétés cliniques, qui sont fort nombreuses.

Ce sont là des accidents qui, au premier abord, semblent purement physiques, et cependant il est facile de constater que des phénomènes psychologiques jouent un certain rôle dans leur formation et même dans leur reproduction. « Presque toujours la première attaque, dit M. Pitres, vient après une émotion morale vive[1]. » Peut-être, si l'on connaissait mieux le début des accidents chez tous les malades, pourrait-on dire qu'il en est toujours ainsi. Les exemples seraient trop faciles à recueillir, je n'en signalerai que quelques-uns pour montrer le genre d'émotion qui est le plus souvent suivi d'attaques d'hystérie. Nous signalerons d'abord des crises causées par la douleur; quelquefois assez rarement il s'agit de douleur physique. Un homme Lah. est atteint depuis deux ans d'une névralgie faciale qui est véritable et a été diagnostiquée avant tout symptôme d'hystérie. Quand la névralgie est devenue très forte, il criait, grinçait des dents, se roulait sur son lit. Récemment, il a perdu connaissance et a eu une véritable attaque d'hystérie qui maintenant se renouvelle et s'accompagne des stigmates classiques. Le plus souvent, la douleur provocatrice est morale : Dp. a eu la première attaque après la mort de son mari, D. après la mort de sa mère, etc. La contrariété et la colère provoquent plus d'attaques encore; Déc. a eu une attaque après une réprimande de sa mère, Doin, après une scène que lui a faite son mari. Lyn., Zelm, et bien d'autres sont tombées en attaque après s'être mises dans une violente colère. Enfin la surprise, la peur, la terreur sont la grande cause des attaques. Salz est tombé

1. Pitres. *Op. cit.*, I, 208.

en crise en voyant un accès épileptique dans la rue, X. en voyant un homme tomber d'une fenêtre, Baun, après avoir mis le feu à sa robe avec une lampe à pétrole, Genp. après avoir découvert un incendie dans la cuisine, Pau. après avoir été poursuivie par un inconnu au moment de ses règles, Gal. après avoir trouvé un voleur caché dans la cave, etc., etc. Souvent il s'agit d'un accident complexe qui a provoqué à la fois de la douleur et de la terreur : Alz. a été écrasé par un ascenseur qui est tombé sur lui, il a eu l'épaule gauche blessée et depuis il a des attaques formidables. Il est inutile de multiplier indéfiniment ces exemples, nous remarquerons seulement que les attaques syncopales sont plus souvent le résultat des terreurs que des autres émotions.

Mais cette émotion constatée dans la première attaque semble bien terminée, les malades sont maintenant bien tranquilles, elles ne voient plus d'incendie, et ne découvrent plus de voleurs dans la cave, pourquoi continuent-elles à avoir des attaques? Nous croyons que l'on peut constater à chaque attaque nouvelle la reproduction de l'émotion primitive. Dans quelques cas, on peut reconnaître ce fait en examinant l'attitude et les mouvements pendant l'attaque convulsive elle-même. Célestine, Zelm. ont bien encore des attaques de colère, leurs yeux sont étincelants, leur visage menaçant, leurs poings fermés et prêts à frapper ; la seconde, d'ailleurs, précise les choses d'une manière énergique, elle répète au milieu de ses convulsions ces paroles : « Touchez pas, ou je tape ». Pau. est toute tremblante, elle se cache la figure dans ses mains; Gal. se détourne avec horreur et cherche à fuir en criant : « Oh! maman, cet homme! » Ce ne sont que des paroles rares entrecoupées, car nous ne rangeons pas dans cette catégorie les malades qui parlent réellement dans leur attaque. L'attitude, le geste sont ici significatifs et rappellent souvent la nature de l'émotion initiale : douleur, colère ou terreur.

Quand la petite attaque convulsive n'est pas par elle-même significative, étudions les phénomènes psychologiques qui

se manifestent encore pendant la période qui la précède, pendant l'aura. Beaucoup d'auteurs, et M. Pitres en particulier[1], ont insisté sur l'existence d'une aura psychique qui joue dans l'attaque un rôle aussi important que l'aura sensitive et abdominale, que l'ascension de la boule. Les malades changent de caractère quelque temps avant l'attaque; elles sont troublées et émues et cette émotion qu'elles ressentent d'une manière plus ou moins vague est, si l'on veut bien le remarquer, toujours la même pour chaque malade. Elle est toujours en rapport avec l'émotion initiale : Célestine est en colère « sans savoir pourquoi »; Pau. a peur « comme si un malheur allait lui arriver ». Mais nous désirons insister sur la description d'une aura que nous avons fréquemment étudiée et qui est très caractéristique. Une malade souvent décrite dans cet ouvrage, Berthe, est une jeune fille très douce et très aimante, elle recherche la société, plaisante et rit d'ordinaire sans se fâcher. A de certains moments, le matin surtout, elle change d'attitude, répond sèchement et paraît mécontente de tout ce qu'on lui dit; puis elle s'excite et se plaint d'un mot qu'on lui adresse, elle le trouve peu poli, et elle y voit une intention ironique. La voici qui parle seule de plus en plus haut, elle exhale des plaintes qui, d'abord, ont rapport aux personnes présentes, puis qui deviennent de plus en plus générales. Maintenant, elle ne fait plus attention à personne et lance ses formules ; ce sont des phrases toujours les mêmes, absolument stéréotypées, qu'elle répète régulièrement dans les mêmes circonstances, qu'elle écrit même à ce moment, car il lui prend fantaisie quelquefois d'en composer une lettre. « Je connais bien tous ces gens qui ont l'air de me porter intérêt et qui n'ont pour moi que du mépris.... Je connais bien l'égoïsme, la perfidie, le mensonge de ce monde affreux.... Dans cette mêlée humaine des paroles amères, des cris discordants, des mensonges, des calomnies.... Haïr son prochain, tout ce qui existe.... C'est

1. Pitres. *Op. cit.*, I, 211.

peut-être demain que ceux que je hais souffriront; oh! comme je vais bien dormir avec cette belle espérance.... Il n'est rien de plus noble que la haine, elle n'a pas besoin d'être partagée, elle ne connaît pas d'infidélité.... Sur le fond vide du ciel m'apparaît cette redoutable et consolante figure de celle qui affranchit de tout cet esclavage, délivre de tous ces maux, la Mort..., etc. » Ces déclamations, toujours les mêmes, se prolongent pendant plus d'une heure, puis la malade s'excite de plus en plus, mêle des cris, des hurlements au milieu de ses phrases, se roule par terre et, quoiqu'elle semble perdre connaissance, continue encore au milieu de ses convulsions les mêmes cris et les mêmes malédictions.

Dans un pareil accident, il y a deux phénomènes à distinguer : les malédictions et les cris du début qui, par leur régularité et leur systématisation, forment un état émotif un peu particulier, mais très net, et les mouvements convulsifs de la fin. De ces deux phénomènes, lequel est cliniquement le plus important, lequel détermine l'autre? C'est, à mon avis, la persistance et la reproduction automatique de l'état émotif. C'est là la vraie maladie de cette jeune fille, maladie mentale qui s'est formée peu à peu à la suite de toutes sortes de malheurs vraiment épouvantables; les convulsions ne sont qu'un incident, une manifestation passagère et non nécessaire de l'état émotif. Les phénomènes psychiques de l'aura qui, chez quelques malades, sont si nettement exprimés, nous montrent la répétition de l'émotion originelle.

Mais les difficultés sont plus grandes quand on examine d'autres malades qui n'ont pas une aura psychique aussi prolongée, ni aussi nette. On peut encore, chez quelques-uns, découvrir le rôle de l'émotion en examinant la nature des causes qui amènent facilement la reproduction de l'attaque. Georges tombe en attaque rapidement, presque sans préambules, mais on s'aperçoit qu'il est tombé parce qu'il regardait le feu dans le poêle. On peut provoquer l'attaque en lui montrant une allumette enflammée ou seu-

lement du papier rouge, et dans l'attaque qui survient, il essaye de se sauver, crie « au feu », appelle les pompiers. N'ai-je pas le droit de dire qu'une association d'idées a permis, à propos de la vue d'une petite flamme, la reproduction de l'émotion qu'il a eue en voyant un incendie dans la cuisine? Si on touche l'épaule de Alz. au point qui a été blessé dans la chute de l'ascenseur, on provoque une attaque dans laquelle il fait sans cesse des gestes de terreur, comme s'il allait être écrasé. Nous avons déjà montré la nature de ces points hyperesthésiques, dont l'attouchement provoque des sensations déterminées capables de réveiller un état émotif ancien; ils deviennent hystérogènes quand l'état émotif qu'ils réveillent s'accompagne de convulsions.

Enfin, bien des malades ont des attaques dont le caractère psychologique est encore moins distinct; l'émotion n'est en aucune manière exprimée par le malade, qui semble même l'ignorer entièrement. Avant de nier son existence, il faut rechercher si l'idée fixe n'existait pas d'une manière subconsciente, comme cela est si fréquent chez l'hystérique. Par exemple, certaines attaques qui se développent parfois pendant la nuit « sont causées par des rêves effrayants qui se rapportent au choc moral qui a déterminé chez le malade le premier accès[1] ». Le malade se réveille sans souvenir du rêve qui a provoqué l'attaque; ce rêve est cependant réel, il joue même dans l'accident le rôle le plus important et on peut constater son existence soit par les paroles que le sujet prononce en dormant, soit par le récit qu'il en fait en somnambulisme. Il en est de même pour les attaques qui ont lieu dans le jour, elles sont aussi la conséquence, la manifestation d'un rêve; mais le sujet rêve sans le savoir, sans pouvoir s'en rendre compte consciemment et on ne pourra le constater que par l'étude des phénomènes subconscients. Nous demandons la permission de rappeler, à ce propos, une observation déjà ancienne que nous avons publiée en 1886. Lucie avait de grandes attaques dont elle ne pouvait aucunement, pendant la veille, expliquer la

1. Féré. *Pathologie des émotions*, 1892, 151.

nature; elle souffrait, avant l'attaque, de sensations vagues, d'un état d'ahurissement général qu'elle ne pouvait expliquer. Pendant le somnambulisme profond, elle raconte en détail les hallucinations qui surgissent pendant la crise et qui provoquent la terreur : ce sont des hommes qu'elle voit à demi cachés derrière les rideaux de sa chambre. Cette image reproduit un fait réel qui a eu lieu il y a plusieurs années et dont elle a gardé, en somnambulisme seulement, un souvenir minutieux[1]. Bien mieux, si on arrive à provoquer chez elle l'écriture automatique pendant la période de l'aura, sa main écrit sans cesse : « J'ai peur, j'ai peur », tandis que Lucie, encore éveillée, déclare qu'elle n'a pas peur et ne sait de quoi je veux parler quand je l'interroge sur ce point[2]. X..., également, n'explique ses crises que si on la met en somnambulisme. Elle a une attaque à aura génitale dont elle ne peut rendre aucun compte quand elle est éveillée. Une fois en somnambulisme, elle se souvient très bien qu'elle pense encore à son mari et aux souffrances qu'elle éprouvait au moment de l'acte conjugal. (Son mari lui a communiqué la blennorrhagie le soir de ses noces.) Nous verrons bien des exemples de ce genre, quand nous étudierons des attaques plus compliquées que la simple crise émotionnelle.

Nous pouvons donc conclure sur cette première catégorie d'attaques : l'explication en a été donnée déjà d'une façon remarquable par Briquet et c'est pourquoi nous avons décrit ce genre particulier d'attaques sous son nom. « Une attaque d'hystérie simple, disait-il, n'est que la répétition exacte des troubles par lesquels se manifestent les impressions morales vives et pénibles[3]. » « Je choisis pour exemple ce qui arrive à une femme un peu impressionnable qui éprouve une émotion brusque et vive. A l'instant même, cette femme a de la constriction à l'épigastre, elle ressent

1. *Revue philosophique*, 1886, II, 590 et *Autom. psych.*, 1889, 87.
2. Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité. *Revue philosophique*, 1886, II, 590.
3. Briquet. *Hystérie*, 397.

de l'oppression, son cœur bat, quelque chose lui monte à la gorge et l'étrangle, enfin elle ressent dans tous les membres un malaise qui les fait en quelque sorte tomber, ou bien elle éprouve une agitation, un besoin de mouvement qui lui fait contracter les muscles. C'est bien là le modèle exact de l'accident hystérique le plus commun, du spasme hystérique le plus ordinaire[1]. » M. Pitres adopte à peu près les opinions précédentes quand il dit que les symptômes de la crise sont les mêmes que ceux de l'émotion[2]; mais il se hâte un peu trop, à mon avis, de traduire ces faits psychologiques, encore vagues, en langage anatomique, quand il parle d'un centre encéphalique des passions affectives. Plus récemment, MM. Breuer et Freud disent de même, avec plusieurs auteurs allemands, que les phénomènes de l'attaque d'hystérie se laissent en partie ramener à des réactions émotionnelles accompagnant un souvenir[3].

Peut-être pourrions-nous préciser cette notion en rappelant le peu que nous savons sur la nature de l'émotion : « l'émotion n'est pas un phénomène simple, une manifestation de la faculté de la sensibilité, comme on disait autrefois, c'est un ensemble d'une grande quantité de phénomènes élémentaires, un état de conscience complexe[4]. » Quelques-uns des éléments qui entrent dans cet état sont connus : des sensations périphériques ou internes, des images, des souvenirs, etc. ; mais combien sont encore ignorés ! Nous ne pouvons pas expliquer précisément pourquoi telle attaque a la forme convulsive, telle autre la forme syncopale, pourquoi une malade rougit et une autre pâlit ; nous supposons, sans pouvoir le bien démontrer, que la tension de tous les muscles produit l'arc de cercle par prédominance des muscles de la région dorsale, mais nous ne pouvons dire pourquoi a lieu tel ou tel mouvement, telle ou telle attitude. Cette ignorance ne porte pas précisément

1. Briquet. *Op. cit.*, 4.
2. Pitres. *Op. cit.*, I, 266.
3. Breuer et Freud. *Op. cit.*, 10.
4. *Les stigmates mentaux*, 214. *Autom. psych.*, 215.

sur la connaissance de l'hystérie, mais sur la connaissance des émotions et de leurs lois. Ce qui est important à savoir, au point de vue de l'hystérie, c'est que dans l'attaque il y a une émotion et qu'elle est due à la reproduction d'un rêve; c'est là ce qui est proprement hystérique et qui explique, sinon les détails, au moins l'ensemble du phénomène.

Briquet remarquait déjà que les attaques sont la manifestation d'émotions, mais « d'émotions exagérées et perverties[1] ». Cherchons à comprendre cette restriction. Une chose peut d'abord nous surprendre, c'est la grande similitude des différentes attaques d'hystérie, quoique les émotions initiales aient été, en réalité, fort différentes les unes des autres. Nous pourrions dire que les émotions, lorsqu'elles sont violentes, se ressemblent à peu près toutes et que la joie fait pleurer comme la douleur. Mais nous croyons qu'il vaut mieux rappeler un fait déjà souvent signalé à propos des phénomènes subconscients. Ces phénomènes sont, au début, nets et limités, mais ils sont envahissants et perdent en grandissant leur précision. Un phénomène subconscient provoque au début une paralysie, une contracture systématisée et bientôt une paralysie ou une contracture générales. Il en est de même pour l'attaque : Célestine a, dans son enfance, des colères qui sont bien nettes : elle frappe et injurie une personne déterminée; depuis l'âge de treize ans, elle a des colères plus vagues et l'on remarque qu'elle frappe et injurie au hasard, elle donne même des coups à un matelas croyant que « c'était du monde qui se moquait de moi ». A seize ans, l'attaque n'a plus forme distincte de colère, si ce n'est tout au début; les membres se meuvent d'une façon si désordonnée que l'on ne peut plus dans ces convulsions distinguer les actes de la colère. Quand les émotions deviennent ainsi envahissantes, on comprend qu'elles finissent par se confondre toutes.

Un autre caractère des émotions hystériques, c'est leur isolement dans l'esprit du sujet. Le rêve qui les provoque se reproduit d'une manière subconsciente, sans que le sujet

1. Briquet. *Op. cit.*, 330.

puisse établir d'opposition entre les sensations et les idées présentes et ce souvenir obsédant. Quand le rêve a envahi l'esprit, il a supprimé la perception des choses présentes. Dans les deux cas, l'émotion se développe à part sans contrepoids. Il est naturel qu'elle prenne une forme particulière, différente de celle que prennent les émotions normales.

Si l'on tient compte de ces caractères, de nos ignorances sur les lois qui règlent non seulement les émotions maladives, mais les émotions normales, on admettra avec Briquet l'existence d'attaques émotionnelles dues à la reproduction d'un rêve, d'une idée fixe.

§. 2. — ATTAQUE DE TICS. LE CLOWNISME.

Les divers accidents qui peuvent affecter le mouvement et, en particulier, les tics dont on a vu l'importance chez les hystériques, au lieu de se présenter isolément et d'une manière continue pendant la veille du malade, peuvent se réunir, se condenser en quelque sorte pendant un court moment, obnubiler plus ou moins la conscience et constituer une variété d'attaque.

Briquet avait déjà remarqué que les tics, quels qu'ils fussent, se reproduisaient régulièrement pendant chaque attaque[1]. « Ce n'est pas de la jonglerie, disait-il en décrivant un mouvement bizarre, tout se faisait sous l'impulsion du cerveau en état de perturbation[2]. » Beaucoup d'auteurs ont décrit depuis ces attaques « de jongleries », quand ils ont montré des malades qui grimpent, qui dansent, etc., et ces contorsions qui rappellent celles des clowns ont été justement désignées sous le nom de « clownisme »[3]. Quoiqu'elles puissent exister chez tous les malades, les attaques de ce genre sont surtout fréquentes dans l'enfance. M. Jolly, dans son étude sur l'hystérie chez

1. Briquet. *Op. cit.*, 365.
2. Briquet. *Op. cit.*, 375.
3. Paul Richer. *Hystéro-épilepsie*, 1885, 201.

les enfants, les décrit à plusieurs reprises : « cet enfant de 11 ans montre une telle adresse dans les culbutes et dans les grimpades qu'il aurait parfaitement pu se montrer au cirque[1] ».

Nous ne pouvons insister longuement sur des descriptions de ce genre; quelques exemples suffisent. Nous prendrons les cas les moins communs, c'est-à-dire les tics de ce genre chez des adultes. L. pleure et gémit parce qu'elle vient de perdre son mari, cela est bien naturel. Mais comme elle est hystérique, elle ne gémit pas de la façon ordinaire. Elle gémit par attaques; de temps en temps, plusieurs fois dans la journée, elle songe à son malheur et pousse un petit gémissement. Ce début suffit; elle ne peut plus s'arrêter et la voici poussant pendant deux heures des hurlements aigus et monotones, qui font fuir les voisins. Puis elle s'arrête et va se promener comme si de rien n'était, quitte à recommencer dans quelques heures. L'observation de Renée résume toutes les autres. Elle se sent mal à l'aise, étouffe, puis, pour le plus léger prétexte, un bruit, un attouchement surtout, elle pousse un cri aigu et la représentation commence; elle danse et tord son ventre à la façon des bayadères, puis elle se roule par terre, exécute des mouvements de bassin bien caractéristiques, elle saute debout sur ses pieds, lève le bras droit en l'air et appuie la tête contre lui en gardant une posture fixe, ou se met à genoux comme pour prier. Au milieu de ces actes, elle entremêle des cris, un cri rauque, aigu que nous avons comparé faute de mieux au cri du chameau, puis le *miaou* des chats, l'aboiement du chien ou bien elle répète des mots à la façon de petits enfants : « zozo, ma nounou, patapan, tatata, petite femme, etc. », enfin elle n'oublie pas les gros mots et les injures, dont elle possède à ce moment un très riche répertoire. Tout cela dure à peu près une heure, puis elle se calme et change entièrement de ton et de langage.

1. Jolly. Ueber Hysterie bei Kindern. *Sonderabdrück aus der Berliner klin. Wochenschrift*, 1892, n° 34, extrait p. 7.

Les auteurs qui ont décrit ce genre d'attaques ont presque toujours fait la même remarque générale, c'est que les malades, quoique dans un état intellectuel très particulier, ne perdent pas entièrement conscience; « les enfants, dit M. Jolly, se meuvent comme dans un rêve, comme s'ils jouaient un rôle.... Mais ils ont conservé une certaine perception de la réalité, et ils savent reconnaître et repousser les personnes qui s'approchent[1] ». Nous avons remarqué aussi que ces malades conservaient, non seulement la conscience, mais même le souvenir assez exact de leur attaque. Renée en particulier était bien curieuse sur ce point; au moment le plus violent de l'attaque, elle pouvait interrompre ses comédies et ses injures et me dire sur le ton le plus convenable : « Je vous en prie, restez, cela va finir bientôt »; immédiatement, changeant de ton, elle recommençait à m'injurier. On comprend que cette remarque ait donné lieu fréquemment à l'accusation de simulation. Les malades elles-mêmes s'y trompent, et Renée disait en pleurant : « Ce qui me rend le plus malheureuse, c'est que je crois le faire exprès, et pourtant j'ai horreur de tout cela. Où est la vérité? » Cette demi-conscience est due, sans doute, à ce que les phénomènes automatiques sont très simples, quelques mouvements toujours les mêmes, quelques cris, et non ces émotions complexes, ces grands rêves qui envahissent l'esprit tout entier. Le malade assiste à ses gesticulations comme le médium regarde sa main qui écrit involontairement.

Il s'agit ici encore, en effet, d'idées fixes se développant en dehors de la volonté des malades. Tous ces tics ont une origine et reproduisent un incident de la vie passée. Renée miaule comme un petit chat qui est venu un jour bien innocemment lui lécher le bout des doigts; elle aboie comme le chien de son père, « un gros vilain chien que tout le monde caressait à la maison et qui l'horripilait »; elle copie la voix d'un petit pâtissier idiot qu'elle voyait

1 Jolly. *Op. cit.*, 5.

dans les rues; quand elle dresse son bras droit en l'air, c'est qu'elle prend la posture du tableau de Jules Lefèvre, « la Vérité », qu'elle a regardé dans sa chambre. J'ai dit autrefois[1] que j'avais cherché, sans pouvoir en trouver, des exemples d'hystériques imitant des tableaux dans leur crise. J'ai été heureux de recueillir cette observation dans le service de M. Charcot. Cette attitude curieuse se produisait déjà dans les crises de Renée bien longtemps avant que la malade ne vînt à l'hôpital. On peut facilement trouver une origine de ce genre à tous ses mouvements bizarres.

Le caractère subconscient est aussi assez évident, les malades constatent leurs mouvements et ne peuvent ni les arrêter, ni les modifier, ni même les prévoir. J'avais remarqué que Renée prenait à chaque instant des tics nouveaux et répétait dans ses attaques, soit une expression, soit un geste d'une des malades de la salle; j'ai essayé moi-même de lui suggérer des gestes, des tics pour remplacer et modifier les anciens. Il m'a d'abord été impossible d'y parvenir en m'adressant directement à elle; au contraire j'ai fort bien réussi en usant d'un procédé que j'ai déjà souvent décrit, la suggestion par distraction. Il fallait la suggestionner à son insu pendant qu'elle parlait à d'autres personnes; je lui ai ainsi glissé dans l'oreille le mot « bébé », qu'elle ne disait jamais et qu'elle a depuis répété dans ses attaques, je lui ai fait modifier ses divers mouvements, etc. Le caractère de telles suggestions, qui ont été étudiées expérimentalement, nous permet de comprendre la nature des attaques qui leur ressemblent.

Il est inutile d'insister davantage sur ces crises de tics, après avoir déjà étudié les tics d'une manière générale dans le chapitre précédent. Ils ont ici la même nature, mais ils sont accumulés dans un court moment, et diminuent davantage la conscience des malades.

1. *Autom. psych.*, 52.

§ 3. — Attaque d'idées fixes. les extases.

Nous arrivons à une troisième catégorie d'attaques dans lesquelles les phénomènes émotionnels et les mouvements convulsifs sont réduits au minimum. Les malades restent à peu près immobiles, quelquefois ils sont complètement inertes, et semblent n'avoir pas plus de pensée que de mouvement. Cependant l'étude que nous avons faite, il y a quelques années, d'une malade, intéressante à bien des points de vue, Marcelle[1], nous a permis de reconnaître que l'esprit du sujet était loin d'être entièrement inactif et vide pendant ces attaques, mais qu'il était, au contraire, obsédé par une quantité de phénomènes psychologiques plutôt d'ordre intellectuel que d'ordre émotionnel. Nous avons pu étudier depuis bien des exemples de ces attaques d'idées, qui sont, à notre avis, très importantes dans l'hystérie, par leur fréquence et leurs conséquences pathologiques.

« Marcelle, ainsi que nous le disions dans notre étude précédente, n'est pas toujours dans le même état quand on vient auprès d'elle; tantôt, elle parle bien, s'exprime assez gaiement, tantôt elle est sombre et refuse de dire un mot. Quand je m'approche d'elle pendant un de ces mauvais moments, elle ne semble pas s'apercevoir de ma présence, elle regarde fixement en bas sans bouger les yeux; si je la secoue vivement, elle ne réagit pas, ou fait entendre un grognement de colère. Le lendemain, je la trouve de bonne humeur et très disposée à causer avec moi. « Dites-moi d'abord ce que vous aviez hier contre moi pour me recevoir aussi mal. — Hier, mais vous n'êtes pas venu. — Pardon, je suis resté une demi-heure près de vous. — Je ne vous ai pas vu. — A quoi donc pensiez-vous? — Je n'en sais rien... » Ces paroles nous indiquent déjà que nous avons affaire à un état important, qui ne laisse pas de

1. Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes. *Revue philosophique*, 1891, I, 271.

souvenirs, à un trouble passager de la conscience. Nous avons pu un jour par hasard voir une attaque bizarre de ce genre commencer et finir devant nous. Marcelle causait avec assez d'animation, elle montrait dans sa physionomie une mobilité suffisante, elle remuait les yeux de côté et d'autre, quoique, suivant sa mauvaise habitude, elle ne voulût pas regarder les gens en face. Tout d'un coup, sans préliminaires bien appréciables, elle cesse de parler et demeure absolument immobile, la figure comme figée. Elle ne semble plus m'entendre, ne réagit pas quand on la pince, garde les yeux grands ouverts sans les mouvoir, enfin elle laisse quelque temps les membres en l'air dans la position où je les mets, comme dans un état demi-cataleptique. Cette sorte d'attaque ne dura pas plus d'un quart d'heure; la malade poussa quelques soupirs, eut des larmes dans les yeux, puis, comme faisant un effort sur elle-même, elle se remit à parler avec moi comme si rien ne s'était passé. Quand je l'interroge, elle répond : « Ce n'est rien, ce sont mes idées qui ont passé,... c'est comme un nuage qui passe. » J'ai trouvé cette expression assez pittoresque, et dans ma description de cette personne, j'ai conservé ce mot de nuage pour désigner cette crise, et je me suis attaché à comprendre ce qui avait lieu dans son esprit pendant que le nuage passait. »

Avant d'entrer dans cette étude, il faut remarquer que les phénomènes précédents se retrouvent chez beaucoup de malades. Il n'est pas rare de rencontrer les hystériques immobiles, les yeux fixes, le plus souvent ouverts ou mi-clos, quelquefois fermés, sans que l'on puisse obtenir d'elles une réponse. Quelquefois elles semblent se réveiller brusquement quand on les secoue, dans d'autres cas, elles ne peuvent être réveillées, et ne sortent de cet état que spontanément au bout d'un temps plus ou moins long. Chez quelques-unes, ces sortes de sommeils se combinent avec les attaques convulsives, les précèdent, les suivent, ou se produisent, comme chez Berthe, dans l'intervalle des attaques émotionnelles et en quelque sorte indépendam-

ment. Chez d'autres ces états d'immobilité sont les seules attaques que l'on constate, et constituent le principal accident hystérique.

Parmi les malades que nous avons décrites dans cet ouvrage, nous signalerons Justine que son mari retrouvait quelquefois debout, les yeux fixes et la bouche entr'ouverte, et dont il ne pouvait se faire entendre ; mais nous insisterons sur les « fixités » de Maria qui étaient bien remarquables et auxquelles nous avons déjà fait allusion[1]. C'est ainsi que la malade désignait elle-même un de ses accidents les plus fréquents. Voici un exemple : Maria descend avec d'autres malades pour assister à la messe dans la chapelle, elle paraît très bien portante et se comporte de façon très raisonnable. Pendant la cérémonie, sa voisine s'aperçoit que Maria est depuis quelque temps absolument immobile, qu'elle a les yeux fixes et qu'elle est pâle. Elle essaye en vain de lui parler, elle se décide à la toucher et à la pousser un peu. Sous cette impulsion, Maria tombe de la chaise où elle était agenouillée et, sans être réveillée par le choc, elle reste à terre comme une masse inerte. On la ramasse et on la transporte dans le service sans qu'elle s'aperçoive de rien. Quand je l'examine, ses yeux sont encore à demi ouverts et regardent encore à gauche comme ils faisaient à la chapelle. De temps en temps, ils laissent s'écouler quelques larmes, sans mouvement des paupières ; les membres sont souples et retombent flasques. L'anesthésie est absolue, aucune excitation n'amène de réaction. Les réflexes rotuliens sont conservés, mais non les réflexes palpébraux. Au bout d'une heure à peu près, la malade a un petit frisson, pousse un profond soupir et se met à regarder de tous côtés : « Tiens, dit-elle, je suis dans mon lit, qu'est-ce « qui m'est donc arrivé? » Quand on l'interroge, elle sait seulement qu'elle a été à la chapelle, qu'elle avait près d'elle telle voisine, qu'elle regardait de tous côtés les personnes présentes, et c'est absolument tout ce qu'elle peut nous apprendre.

1. *Stigmates mentaux*, 140.

Dans d'autres circonstances, Maria s'arrête au milieu d'une conversation, en « fixant » un lit ou une chaise. Quand on assiste au début, on peut la réveiller par une forte impression sensitive, le jet d'un siphon à la figure, par exemple ; si on laisse l'attaque se développer pendant quelques minutes, on ne peut plus en tirer la malade, qui ne se réveille spontanément qu'au bout d'une heure ou deux. Tel est le phénomène sous son aspect général, nous ne parlons pas ici des variantes de détail qu'il peut présenter.

Nos études précédentes nous ont appris qu'il ne faut pas s'en tenir à l'examen de cette forme extérieure du phénomène et que l'on peut, par divers procédés, pénétrer davantage dans la conscience du sujet. « Cette étude du nuage, disais-je en parlant de Marcelle, a présenté de grandes difficultés, car pendant la crise elle ne répond pas et après la crise elle semble avoir tout oublié. Cependant peu à peu j'ai pu recueillir quelques renseignements par diverses méthodes : 1° dans certains accès très légers et transitoires, je suis arrivé à obtenir d'elle quelques mots et quelques signes. 2° A la fin de l'accès dans cette période de transition caractérisée souvent par des pleurs, elle a assez de souvenirs pour donner quelques indications qu'elle oublie l'instant suivant. 3° En l'endormant assez profondément, on parvient à reproduire des états analogues au nuage par plusieurs caractères, mais dans lesquels elle reste en rapport avec moi et peut me répondre. 4° Enfin l'écriture automatique qui, ainsi que nous l'avons dit, existe chez ce sujet, nous a fourni différents renseignements que par aucun procédé nous ne pouvions obtenir oralement[1]. »

Pour les autres malades, et en particulier pour Maria, nous n'avons pu employer que les deux derniers procédés qui sont les plus pratiques. Le somnambulisme, comme on sait, ramène le souvenir de certaines attaques et chez cette

1. *Aboulie et idées fixes*, 272.

malade, ce retour de la mémoire était fort régulier, l'écriture automatique obtenue pendant la veille par le procédé de la distraction permettait également d'obtenir une manifestation de ces phénomènes subconscients.

Qu'avons-nous appris par ces procédés? Que les attaques de ce genre sont des sortes de « crises d'idées », si l'on peut ainsi dire. Les malades ne sont pas sans conscience, elles ne restent pas sans pensée; au contraire, elles sont absorbées par une pensée obsédante qui remplit leur petit champ de conscience. Leur insensibilité apparente est une anesthésie par distraction due aux idées qui encombrent leur faible pensée.

Ces idées qui apparaissent ainsi pendant l'attaque, sont des plus variées, mais elles ont quelques caractères communs qu'il faut signaler tout d'abord. Elles se présentent presque toujours sous la forme d'images extrêmement vives ou complexes qui ne sont contredites par rien et qui donnent à la malade l'illusion complète de la réalité.

Passons en revue quelques-unes de ces hallucinations en commençant par les moins fréquentes. Marcelle n'a jamais eu, je crois, d'hallucinations du goût, de l'odorat, ou du tact. Elle a quelquefois des hallucinations de l'ouïe et me dit entendre des bruits, de la musique. Quelquefois elle sursaute, tourne la tête de côté et paraît écouter; c'est qu'elle s'entend appeler dans le lointain, mais cela est rare et n'arrive que dans les très grandes attaques.

Beaucoup plus souvent, elle a des hallucinations visuelles : elle voit des bêtes noires s'agiter devant elle; elle croit son lit couvert de souris qui veulent lui ronger le poignet. Elle voit de côté des gens qui la poursuivent, qui veulent la tuer; ils ont des figures horribles et elle a une grande peur sans pouvoir cependant bouger. Pendant plusieurs mois elle a eu une crise d'hallucinations visuelles beaucoup plus importante et plus caractéristique. Il y a à peu près six mois, pendant une courte sortie qu'elle fit hors de

l'hôpital, elle avait assisté à une scène très pénible qui avait fait sur elle la plus vive impression. Nous ne pouvons, par discrétion, décrire cette scène en détail. Depuis cet événement, Marcelle voyait dans toutes ses crises de nuage la scène se reproduire exactement; le même décor, les mêmes personnages, les mêmes attitudes, tout se répétait exactement et cette pauvre malade restait des journées entières absorbée dans cette contemplation pénible.

Parmi les autres malades, Maria a également nombre d'hallucinations visuelles pendant ses attaques; c'est en particulier une hallucination de ce genre qui remplissait l'attaque commencée à la chapelle et que j'ai décrite. Voici comment elle raconte ce qui s'est passé quand elle est en somnambulisme : « Tout cela est arrivé, dit-elle, à cause de ce bonhomme, un pauvre malade infirme et laid qui était dans la chapelle à ma gauche. Je me suis mise à le regarder, en me disant que j'avais déjà vu cette affreuse tête quelque part. J'ai vu alors devant moi le cadavre que j'avais regardé si longtemps à la Morgue, c'était la même affreuse tête, boursouflée, violette et verte, je la voyais devant moi et je ne pouvais m'empêcher de la regarder. » Dans d'autres cas elle croit être dans une pharmacie et sent l'éther.

Cependant chez presque toutes les malades et chez Marcelle en particulier, ces hallucinations visuelles ne forment qu'une petite partie des phénomènes remplissant l'esprit pendant l'attaque. Elles cèdent ordinairement la place à une autre catégorie d'images beaucoup plus fréquentes et plus importantes. Ce sont les images verbales, les images du langage, et la crise est remplie par un long bavardage intérieur. Ces images verbales pourraient être des images auditives et je ne vois pas de raison pour nier l'existence des hallucinations auditives spontanées chez l'hystérique, je les ai même constatées à plusieurs reprises. Pendant ces attaques, Marcelle entend qu'on l'appelle et même se levait quelquefois pour répondre; Maria entendait et reconnaissait la voix de son mari. Mais il faut constater que ces hallucinations auditives sont rares; le plus souvent

ces hallucinations verbales sont la reproduction des sensations kinesthésiques que l'on éprouve quand on parle soi-même. C'est un simple langage intérieur qui répète d'une façon monotone quelques idées toujours les mêmes.

Marcelle prétend en effet que, pendant le nuage, on lui dit une foule de choses, qu'elle a la tête pleine d'idées. Elle exagère un peu; il nous a semblé que ces discours intérieurs si fréquents étaient peu variés et se répétaient rigoureusement les uns les autres comme les délires d'une crise d'hystérie. Nous constatons d'abord dans ces discours des idées de persécution assez importantes chez ce genre de malades. Marcelle se répète à elle-même que sa mère lui veut du mal, que ses frères la détestent, que tout le monde lui veut du mal, ou bien que tout le monde la fuit comme la peste, que tout le monde a peur d'elle, etc. Ces idées très monotones ne varient que par la personne désignée. Ainsi, à son entrée à l'hôpital, elle fut très émue quand elle vit M. Falret, qui n'a pas cependant l'air bien méchant et, dans tous ses nuages, elle se répétait : « M. Falret, encore un qui m'en veut, encore un qui m'en veut ». Ces idées de persécution se développent, mais très lentement, au bout de quelques mois; elle se disait dans ses crises : « Ma mère n'est pas ma mère, mes frères ne sont pas mes frères, je ne suis pas de leur famille..., ils m'ont enfermée pour me dépouiller ». Nous n'avons pas à insister ici sur le caractère de ces idées de persécution, à montrer qu'elles ne se présentent pas de la même manière que chez les véritables persécutés; nous aurons à revenir sur ce sujet en parlant des délires hystériques. Remarquons seulement que de telles idées, analogues à celles qui ont été signalées dans l'aura de l'attaque émotive de Berthe, sont très fréquentes dans ces rêveries et qu'elles existaient plus ou moins fréquemment chez presque toutes les malades. Maria passait ainsi des heures à s'indigner contre une autre malade ou contre son mari, à rouler des propos de vengeance et de suicide. A côté de ces idées de persécution, nous remarquons surtout chez Marcelle d'autres

idées ayant une importance fort grande. Ce sont des sortes de commandements ou de défenses simples et rapides qui se répètent avec ténacité dans son esprit. Les plus importantes chez elle sont les suivantes : « Tu dois mourir..., il faut mourir le plus tôt possible », ou bien : « Ne mange pas, tu n'as pas besoin de manger.... Ne parle pas, tu n'as pas de voix, tu es paralysée..., etc. » Commandements néfastes qu'elle ne répète avec netteté que pendant les crises de nuage, mais qui ont sur le reste de la vie une très grande influence. Chez des malades impulsives comme Maria, poursuivie par l'idée de boire de l'éther, on devine que des commandements de ce genre avaient très souvent rapport à l'impulsion dominante.

Mais chez plusieurs malades nous constatons un autre bavardage bien plus curieux. Maria s'est « fixée » en regardant un lit; après l'avoir mise en somnambulisme, je lui demande à quoi elle pensait. « Cela m'est arrivé, dit-elle, parce que j'ai regardé dans le sommier du lit un ressort à boudin. Comme c'est drôle un ressort à boudin, comment cela peut-il être fait? Ils sont bien malins les ouvriers qui font des ressorts à boudin, jamais ma pauvre tête ne pourrait en faire autant.... » Ou bien elle s'est fixée sur une chaise, un bec de gaz, un pot d'étain : « Dire qu'il y a des gens capables de faire un pot d'étain, comment peuvent-ils s'y prendre? » Les interrogations sur les objets pendant les extases sont très fréquentes chez Maria, elles remontent à l'enfance : déjà, à l'âge de douze ans, elle restait fixe en regardant un arbre; sa mère lui donnait des gifles pour la ramener à la réalité, mais ne pouvait pas obtenir d'elle qu'elle racontât son rêve, il était toujours oublié. Aujourd'hui, mise en somnambulisme, elle se souvient qu'elle rêvait ainsi. « Est-ce drôle que du buis soit si vert! comment le cerisier fait-il pour être si haut? » Après avoir étudié une malade de ce genre, nous n'avons pas été surpris de voir Berthe s'interroger pendant ses attaques sur un tuyau de cheminée, sur du fil, sur un chapeau, aussi bien que sur les grands pro-

blèmes philosophiques « qu'est-ce que la vie, qu'est-ce que vivre ? » ou d'apprendre que Justine debout, au milieu de sa chambre, les yeux fixes méditait pendant des heures sur l'orthographe d'un mot. Nous avons déjà vu comment l'insuffisance de l'attention empêchait l'hystérique de percevoir nettement les choses, et donnait naissance à des étonnements et à des interrogations, nous voyons maintenant que ces interrogations peuvent remplir complètement le petit champ de la conscience, empêcher toute autre perception et tout autre souvenir et constituer en somme l'attaque d'idées.

Grâce au somnambulisme nous avons pu retrouver les idées qui remplissaient l'esprit, et voir combien elles sont simples et peu nombreuses. Quelques hallucinations, surtout visuelles, reproduisant un événement qui a frappé l'esprit des malades, quelques idées de persécution et de suicide et surtout des bavardages, des interrogations interminables à propos d'objets mal perçus, voilà tout ce qui remplit l'esprit pendant ces attaques. Briquet parlait des « pensées sérieuses[1] » qui provoquent l'extase, c'est qu'il n'avait peut-être pas pu déterminer la nature de ces pensées; je crains bien que beaucoup d'extatiques parmi les plus révérées n'aient jamais eu en tête autre chose que les interrogations monotones de Marcelle ou de Maria.

Il nous reste à signaler en peu de mots les principales variétés de ce genre d'attaques; on peut les classer, croyons-nous, d'après la nature des manifestations extérieures qui expriment ces idées fixes. Les malades précédentes forment un premier groupe, elles ne manifestent aucunement leurs idées à l'extérieur, elles semblent endormies. Les unes sont complètement flasques, les autres présentent un certain degré de raideur et reprennent avec une sorte d'entêtement leur position primitive quand on a essayé de la modifier : de telles attaques ont été souvent décrites sous le nom de sommeils hystériques.

Dans un second groupe, nous placerons les malades fort

1. Briquet. *Op. cit.*, 410.

curieuses qui expriment en partie leur rêve par leur attitude. M. Paul Richer a soigneusement décrit, et même dessiné ces attaques pendant lesquelles les malades tiennent les mains en prière, ou les bras en croix[1], et représentent par leur expression l'idée qui les agite. Les extatiques qui prenaient la pose de l'Immaculée Conception, ou les attitudes représentées dans un chemin de la croix, ou bien qui jouaient complètement la scène de la mort du Christ appartiennent à cette catégorie[2]. Il s'agit là, comme on le comprend, de rêves assez nets, constitués le plus souvent par des images kinesthésiques et capables de déterminer les mouvements correspondants ; le fait principal reste toujours la reproduction du rêve dans un état psychologique particulier.

Enfin, dans une troisième catégorie nous rangerons les malades qui « parlent leur rêve au lieu de le jouer », suivant l'expression de M. Paul Richer, c'est-à-dire qui ont des images verbales kinesthésiques assez nettes pour s'objectiver et produire une véritable voix plus ou moins haute qui révèle à l'extérieur la pensée des malades. Le cas le plus curieux est celui de Joséphine L...; à tout moment dans la journée elle ferme les yeux, reste immobile et insensible à toute excitation, elle se met à bavarder tout haut à la fois sur ses projets de mariage et de suicide, et sur les événements survenus dans la salle. « Ces médecins, quels cochons ! ils ont encore emporté une pauvre femme pour la couper en morceaux... couillons, va, idiots... si jamais je vous obéis, si je prends encore vos sales médicaments.... Je vais me marier, j'aurai de beaux habits... non, j'aime mieux mourir, je ferai mon testament, X... mon petit ami aura des millions et Y... (l'interne de la salle), cette tête d'écureuil, ce cochon, il n'aura qu'une tournure de six sous... » Elle continuait ainsi sans qu'il fût jamais possible d'entrer en relation avec elle, et elle se réveillait toute seule sans aucun souvenir de ce qu'elle avait dit.

1. Paul Richer. *Grande hystérie*, 92.
2. *Automatisme psychologique*, 53.

Les délires hystériques de ce genre peuvent se compliquer encore; les malades au milieu d'hallucinations de toute espèce, surtout d'hallucinations visuelles, brillantes, mobiles, analogues à celles des alcooliques, continueront un grand rêve compliqué qu'elles expriment par des attitudes, des paroles, des actes de toute espèce. On peut considérer à ce point de vue l'attaque de Justine comme parfaite, elle nous montre « le développement complet de toutes les images qui peuvent entrer dans une idée. »

Justine est obsédée par l'idée fixe du choléra; comment cette idée se présente-t-elle à son esprit pendant l'attaque? La malade voit devant elle, d'abord d'une manière vague, puis très nettement deux cadavres d'un bleu verdâtre, elle sent une odeur de putréfaction, elle entend des gémissements et des cris, elle sent au dedans d'elle-même, dans l'estomac, une voix qui lui dit : « Le choléra, tu l'as, tu vas mourir du choléra ! » Cette voix s'extériorise bientôt et la malade crie : « Choléra, choléra, » elle sent le froid qui l'envahit, elle raidit ses jambes en contracture, vomit ses aliments et même à certains moments ne peut retenir ses selles. Le tableau n'est-il pas complet? n'est-ce pas une idée dont tous les éléments se sont développés, ainsi qu'on l'a vu, dans les suggestions les plus parfaites?

Depuis le premier degré de la rêverie jusqu'aux plus grands délires, les attaques ont présenté le même caractère; ce sont toujours des idées qui ont envahi l'esprit du sujet, jusqu'à supprimer toute autre pensée et toute autre perception.

§ 4. — Attaque complète. Attaque de Charcot.

Les attaques que nous venons de décrire ont été choisies parmi beaucoup d'observations à cause de leur simplicité relative : chacune d'elles était constituée à peu près exclusivement, au point de vue psychologique, soit par des phénomènes émotionnels, soit par des images de mouvement,

soit par des rêves. Il est rare qu'il en soit ainsi, et le plus souvent les différents genres d'attaques et les divers phénomènes psychologiques se combinent les uns avec les autres.

La combinaison la plus simple se rencontre lorsque deux attaques de nature différente, causées l'une et l'autre par des phénomènes psychologiques différents et indépendants, se juxtaposent, se succèdent et semblent constituer une même crise. Is.... a eu, il y a quelques années, une triste aventure, elle a été violée et a accouché clandestinement. Depuis, comme on le devine, tout son équilibre mental a été bouleversé par ce souvenir. Elle a eu des rêves nocturnes et même diurnes dans lesquels elle voit l'enfer, entend sa mère lui faire des reproches du haut du ciel, prend la résolution de mourir, etc. : c'est l'attaque d'extase. Mais dernièrement elle a été épouvantée en voyant tomber un épileptique et la terreur a provoqué chez elle des suffocations, des tremblements, des spasmes convulsifs : c'est la crise émotionnelle. Ces deux crises se sont soudées l'une à l'autre. Aujourd'hui Is.... se sent terrifiée et tremble en pensant, malgré elle, au spectacle qu'elle a vu, puis elle tombe en convulsions. Après quelques minutes elle reste immobile, les yeux clos et paraît dormir ; en l'examinant bien on voit quelques larmes qui coulent sur ses joues, on constate que ses lèvres remuent et on entend quelques mots, comme « maman, maman... » ; c'est le rêve de remords, comme on peut le constater en endormant la malade, ou simplement en étudiant les idées fixes subconscientes qui persistent après cette attaque. Voilà donc dans ce cas deux attaques indépendantes, l'une émotionnelle, l'autre extatique, qui se juxtaposent.

Autre exemple : Dum. a été effrayée un soir en voyant un homme couché dans un fossé se dresser brusquement devant elle. Attaque de terreur très simple qui se répète régulièrement ; plus tard elle est frappée en voyant une malade atteinte de chorée bizarre et se met à l'imiter. Son attaque maintenant est double : 1° période émotionnelle ;

2° période de chorée rythmée dans laquelle elle se redresse, frappe régulièrement le sol du pied droit en donnant des coups de poing en avant.

On comprend que ces combinaisons puissent s'effectuer de bien des manières, une même idée fixe peut, par son développement, engendrer des attaques de différentes formes, suivant les phénomènes psychologiques qu'elle suscite.

Pa. est une jeune fille qui rêve à un garçon boucher nommé Alexandre, rien de plus naturel. Mais comme elle n'a pas une grande puissance d'attention, ni un champ de conscience assez large, elle ne peut rêver à Alexandre sans rester les yeux mi-clos dans un état d'immobilité et d'insensibilité absolue : c'est l'attaque d'extase qui se prolonge pendant une demi-heure. La fin du rêve est mauvaise, Alexandre a jeté son amoureuse à la porte et ce souvenir cruel revient à l'esprit de l'extatique qui gémit, se lamente et termine son rêve par quelques convulsions. Gib., dont l'histoire très intéressante sera étudiée plus complètement à propos du somnambulisme, est devenue malade en apprenant la mort de sa nièce qui s'est jetée par la fenêtre dans un accès de délire ; elle a d'abord eu des extases en rêvant à Pauline, puis des rêves plus agités, accompagnés de mouvements, dans lesquels elle cherche à se jeter elle-même par la fenêtre, des somnambulismes, enfin des attaques de convulsions provoquées certainement par l'émotion de ce pénible souvenir dans un esprit de plus en plus faible. Enfin ces différentes formes d'attaques se sont combinées de manière à former la crise actuelle. En un mot, plusieurs idées fixes ou une seule, par son développement, peuvent donner lieu à des attaques beaucoup plus complexes que celles qui ont été étudiées précédemment.

S'il en est ainsi, il peut se faire que chez des hystériques très malades, ayant subi toutes sortes d'émotions, toutes les formes de l'attaque se réunissent en une seule. Cette crise méritera le nom d'attaque complète, parce qu'elle renfermera à peu près tout ce qu'il est possible d'observer

pendant une attaque d'hystérie. Ce sont, si je ne me trompe, des cas de ce genre que M. Charcot et M. Paul Richer ont décrits sous le nom de grande attaque d'hystérie[1]. Ces descriptions remarquables, faites autrefois sans aucune préoccupation psychologique, sont extrêmement importantes, même à ce nouveau point de vue. La première phase de la grande attaque, la période épileptoïde nous paraît correspondre, au moins en partie, à l'attaque émotionnelle. L'immixtion de phénomènes d'apparence épileptique dans la manifestation des émotions violentes ne doit pas surprendre. Des phénomènes de ce genre ont été souvent signalés; ils appartiennent à cette vaste catégorie de troubles organiques qui accompagnent l'émotion et qui sont loin d'être encore nettement étudiés. La seconde phase, la période de clownisme, avec ses grands mouvements, régulièrement rythmés, rappelle les tics, les contorsions étranges, si fréquentes chez les hystériques qui répètent indéfiniment un mouvement absurde dès qu'elles l'ont commencé. La 3e et la 4e phases, les périodes des attitudes passionnelles et du délire ne sont, comme M. Paul Richer le remarque souvent, que des variétés de l'extase, des rêves joués ou parlés. Nous ne reproduisons pas ici les exemples décrits par M. Paul Richer, car ils sont connus de tous; il suffit de les rappeler pour montrer qu'il s'agit d'un mélange, d'une juxtaposition des phénomènes que nous avons étudiés à l'état d'isolement.

Cette description de la grande attaque d'hystérie a été l'objet de beaucoup de controverses : on a fait remarquer, ce qui est parfaitement exact, que les attaques d'hystérie se modifient par imitation ou par dressage, et on a prétendu que de pareilles attaques ne se développaient pas naturellement, mais étaient dues à une construction artificielle. Il est incontestable, à notre avis, que dans beaucoup d'hôpitaux et même à la Salpêtrière, certaines attaques ont été modifiées par imitation d'après ce modèle. Mais existe-

1. Charcot. *Mal. du syst. nerv.*, I, 367 et appendice par M. Paul Richer, I, 435.

t-il des attaques survenues naturellement qui correspondent à cette description? Beaucoup d'auteurs ont déjà décrit des cas absolument semblables[1]. Nous demandons la permission de rappeler à ce propos deux de nos observations anciennes; elles n'ont quelque intérêt qu'en raison des circonstances dans lesquelles elles ont été prises. Il s'agit de deux malades, habitant une ville de province, le Havre, dont l'une au moins n'a jamais été à Paris et n'a jamais mis les pieds dans un hôpital quelconque. Leurs attaques se sont développées chez elles, dans leur domicile, sans qu'il y ait eu aucun exemple devant leurs yeux. J'ai recueilli les observations à une époque où je n'avais pas encore l'honneur d'être élève de la Salpêtrière et où certainement je n'avais pas la notion exacte des discussions relatives aux attaques d'hystérie.

« La grande crise nerveuse de Rose se développe de cette manière. Après un malaise initial plus ou moins long, elle tombe brusquement évanouie. Les muscles sont flasques, la figure est pâle, aucun geste, ni aucun mouvement ne manifeste la conscience. Très souvent, cette syncope initiale qui se prolonge assez longtemps chez elle, amène des troubles respiratoires profonds et dangereux : la respiration tantôt est rapide et haletante, tantôt s'arrête pendant une minute entière. Ce sont d'abord de petites trémulations dans chaque muscle, sans mouvement d'ensemble, puis des mouvements des membres, mais complètement incoordonnés.... Il me semble que les mouvements, d'abord tout à fait isolés et incohérents, deviennent de plus en plus généraux et systématiques. Par exemple, au début, les muscles des bras se contractent au hasard, l'un s'opposant à l'autre, ce qui produit simplement une trémulation du bras et des flexions variées des doigts. Maintenant les muscles s'accordent assez bien pour que les deux bras fassent de grands mouvements et viennent donner des coups de poing sur le même point de la poitrine. Or je sais qu'elle a à ce point, sous le sein gauche, une douleur continue, produite, je crois, par une

1. Charcot. *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 424.

contracture permanente et douloureuse des muscles intercostaux; je pense donc que ces mouvements des bras sont maintenant coordonnés par cette sensation douloureuse. Mais peu à peu, après cette période de convulsions et de contractures et se mêlant avec elle, car il n'y a pas de transition brusque, commencent de tout autres mouvements. Elle s'assoit sur son lit (elle ne se lève pas, car elle a les deux jambes contracturées même pendant cette crise), s'incline, salue avec ses mains et fait des sourires à l'assistance. Elle a été chanteuse dans un café-concert et elle se croit probablement sur les planches, car elle nous chante de petits airs fort drôles. Ou bien, elle croit sans doute écouter ses compagnes, car elle a la main près de la bouche, comme pour demander le silence, paraît écouter avec ravissement et de temps en temps applaudit la chanteuse[1]. » Le réveil a lieu après cette période, soit immédiatement, soit après un somnambulisme plus complet.

L'attaque d'une autre malade, de Lucie, était une grande attaque au moins par la durée, car elle se prolongeait au moins cinq heures. Voici comment elle évoluait à peu près régulièrement : Après une aura assez longue, caractérisée par les terreurs inconscientes qui ont été précédemment décrites, la malade tombait brusquement à la renverse; immobile, entièrement contracturée, elle paraissait respirer difficilement et sa face devenait violette; suivaient rapidement de grands mouvements : arc de cercle, salutations, coups de pied, etc., et brusquement la malade se dressait les yeux ouverts. Elle regardait fixement les rideaux de sa fenêtre et gardait les bras en l'air dans la position de la terreur. J'ai appris plus tard, en l'interrogeant pendant un état de somnambulisme profond, qu'elle avait alors une hallucination terrifiante et croyait voir des hommes cachés derrière les rideaux. Pendant près d'une heure, elle ne changeait pas d'attitude et faisait simplement quelques mouvements de défense désespérée ou poussait des cris inarticulés. Enfin la malade remuait de plus en plus et entrait dans une sorte de

1. *Automatisme psychologique* 1889, 49.

délire somnambulique fort curieux, pendant lequel elle avait la singulière habitude de descendre à la cuisine et de se faire un dîner sommaire qu'elle mangeait de bon appétit, tandis qu'elle refusait de manger pendant la veille[1]. Ces deux observations ressemblent singulièrement à celles qui ont été décrites par M. Charcot et par M. Paul Richer; dans la première, la période épileptoïde est plus nette, dans la seconde, la phase des attitudes passionnelles est extrêmement caractéristique. Mais les deux attaques n'en sont pas moins conformes à la description classique. Pour notre part, en tenant compte des conditions dans lesquelles ces deux observations ont été recueillies, nous sommes disposé à croire que ce genre d'attaques complètes se développe quelquefois d'une façon tout à fait naturelle.

Nous ajouterons seulement que ce phénomène est assez rare; sur un assez grand nombre de malades que nous avons étudiées nous-même pour la première fois, nous ne trouvons que ces deux exemples qui soient entièrement conformes à la description connue. Des hystéries peuvent être extrêmement graves sans que ces crises s'y rencontrent; nous ne croyons pas que l'on puisse mesurer la gravité d'un état hystérique d'après la présence ou l'absence de ce symptôme particulier.

Cette attaque, malgré sa rareté, est très importante. D'abord elle représente, au point de vue de l'enseignement, un type, un schéma vraiment admirable. Une seule attaque montre tout ce que les hystériques sont capables de faire, et les autres crises peuvent être présentées comme des fragments détachés de cette attaque. La description de l'attaque complète par M. Charcot a permis de mettre de l'ordre dans l'exposé si difficile des diverses attaques d'hystérie. Cette attaque est encore intéressante à un autre point de vue : l'ordre des phénomènes qui se succèdent est assez régulier chez les malades de ce genre et ne semble pas être arbitraire. Chez la plupart, les phénomènes de délire et surtout

1. *Automatisme psych.*, 50. L'anesthésie hystérique. *Archives de neurologie*, 1892, I, 533.

les phénomènes du somnambulisme ne se développent qu'à la fin de l'attaque, les convulsions épileptoïdes, quand elles se présentent, sont bien plus fréquentes au commencement. Or ces deux manifestations correspondent à deux états psychologiques bien différents. Au début de l'attaque de Rose, quand elle tombe évanouie, pâle, et que ses membres ne présentent que des trémulations vagues sans mouvements d'ensemble, nous ne pouvons constater ni provoquer aucun phénomène psychologique bien net. Les suggestions ne sont pas exécutées; les impressions périphériques, si elles sont senties, ne sont aucunement comprises et nous ne pouvons même parvenir à provoquer cet état de catalepsie élémentaire dans lequel les membres gardent les positions où on les place. Un peu plus tard, dans la période des mouvements convulsifs, les mouvements sont associés, coordonnés par une sensation douloureuse; on peut d'ailleurs facilement provoquer les postures cataleptiques et même des mouvements simples en rapport avec des sensations déterminées. Enfin, dans les phases suivantes, il y a évidemment des rêves déjà compliqués; on peut entrer en relation avec le sujet, provoquer de l'écholalie, donner des suggestions qui seront exécutées, diriger le cours des rêves, etc. Très facilement on transforme l'attaque à ce moment en un somnambulisme complet, c'est-à-dire en une véritable existence psychologique. N'y a-t-il pas ici un développement évident des phénomènes psychologiques? Le sujet ne semble-t-il pas avoir passé d'un état où la conscience est sinon nulle, au moins disséminée et rudimentaire à un état où la conscience est bien plus développée et présente de nouveau une certaine unité? Sans reprendre ici ces considérations que nous avons développées autrefois[1], nous pensons encore que ce genre d'attaques nous fait assister à la formation d'une seconde existence psychologique. L'étude de l'attaque complète de M. Charcot nous amène, comme une introduction nécessaire, à l'étude du somnambulisme.

1. *Autom. psych.*, 49.

§ 5. — L'automatisme dans l'attaque et dans les idées fixes.

Les attaques hystériques, quand on les considère par leur côté psychologique, semblent dépendre de certaines émotions, images ou idées qui se reproduisent dans l'esprit des malades; elles semblent donc différer peu des autres accidents hystériques et se rattacher, comme la plupart d'entre eux, à des idées fixes plus ou moins complexes. Il est donc possible de résumer simultanément l'étude de ces divers accidents en examinant les caractères généraux que prennent les idées fixes dans l'hystérie. Cette étude d'ailleurs pourra être ici considérablement abrégée, si l'on veut bien se souvenir des caractères et des conditions étudiés précédemment à propos de la suggestion. Il n'est pas difficile, en effet, de constater l'analogie très grande qui existe entre les suggestions et les idées fixes.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur la *durée* de pareilles idées fixes, ce caractère était manifeste dans toutes les observations : les hyperesthésies, les paralysies, les contractures d'origine psychique peuvent durer des années. C'est à l'âge de treize ans que Marie a arrêté ses règles par un bain froid et à dix-neuf ans elle a encore une grande attaque à propos de cet incident; c'est à l'âge de neuf ans que Lucie a vu ces hommes cachés dans les rideaux qui l'ont effrayée et à vingt et un ans elle a encore tous les jours une attaque de terreur pendant laquelle elle reste une heure en contemplation devant ses rideaux. La *fréquence* des répétitions est aussi évidente : des tics, des spasmes, des attaques répètent tous les jours ou même plusieurs fois par jour le même incident. Nous n'étudierons pas non plus en détail la *facilité* avec laquelle ces idées fixes se développent; quand elles sont une fois bien organisées dans l'esprit : il suffit de la moindre chose, du signe le plus insignifiant pour déclencher le ressort et provoquer

l'apparition d'une longue suite d'images. Ces images sont si précises et si complètes qu'elles se transforment sans cesse en *hallucinations* et en *mouvements*. Ce sont là des caractères qui ont déjà été décrits à propos des suggestions et qui se représentent ici sans modification.

Nous croyons plus important d'insister sur un caractère essentiel de ces idées fixes, c'est leur *régularité*. Quelques malades, les plus simples, n'ont qu'une seule idée fixe toujours la même et elle se reproduit toujours semblable à elle-même dans toutes les circonstances. M... a eu des contractures des muscles masticateurs, des spasmes de l'œsophage, des contractures du diaphragme, des muscles abdominaux, des sphincters de l'anus et de l'urèthre. C'est là son symptôme hystérique et c'est le seul qu'elle reproduise continuellement. A propos d'un reproche, d'un chagrin, d'une frayeur, etc., elle contracture tous les muscles qui ont rapport au système digestif et elle n'a jamais d'autre accident. Justine aura son idée fixe du choléra et l'attaque qui la manifeste à propos de n'importe quel événement. Vel. a eu pendant huit ans son tic du nez, déterminé, comme on l'a vu, par le souvenir subconscient d'une croûte dans le nez; il a été guéri très vite et il nous a quitté. Sept mois après, il nous écrit qu'à la suite de malheurs de famille et de pertes d'argent dans son commerce, il est de nouveau malade. Quel accident peut bien présenter cet homme hystérique, prédisposé aux idées fixes, à la suite de pertes d'argent? De la tristesse, des idées de remords, de ruine..., etc.? Non, il revient avec son tic du nez et avec son idée subconsciente de la croûte dans le nez. Il est encore guéri; quelques mois plus tard, il est atteint de diarrhée, de cholérine légère et voici encore le tic du nez qui réapparaît. Médicalement, c'est l'homme à la croûte dans le nez, il est indispensable de le savoir pour traiter en lui n'importe quel accident. On pourrait, en voyant des cas de ce genre, nier le rapport que nous avons établi entre l'accident hystérique et la cause provocatrice, mais il faut constater que dans ces cas

l'accident hystérique n'est pas primitif, il n'est que la répétition d'un accident ancien qui avait autrefois sa raison d'être et qui se reproduit toutes les fois que la résistance morale de l'individu est diminuée.

Quand on considère le développement même de cette idée fixe, on constate la même régularité. Les chorées, les contractures, comme les attaques, restent chez le même malade toujours les mêmes ; les procédés qui ont une fois réussi pour provoquer ou arrêter un accident réussissent toujours. La sensation que déterminent ces procédés est associée avec tel ou tel élément de l'idée fixe et les amène régulièrement à sa suite. Il suffit d'élever en l'air les bras de Lucie dans la position de la terreur, il suffit de bâiller devant Ro... pour provoquer leur attaque, et la succession des faits sera toujours parfaitement régulière [1]. N'est-il pas curieux, quand on entre à la Salpêtrière, de trouver d'anciennes malades, Wittm., Hab., Cles., exactement telles qu'elles ont été décrites il y a quinze ans? Si l'on veut agir sur leurs symptômes, arrêter une attaque, provoquer ou enlever une contracture, il faut connaître avec précision les anciennes études faites autrefois sur elles. Celui qui ne les connaît pas, n'aura aucune action sur ces malades; il ne faut pas dire qu'il ne connaît pas l'hystérie, mais seulement qu'il ne connaît pas ces hystériques-là.

Cette régularité a donné naissance à bien des théories singulières et même à des erreurs graves. L'attouchement de tel point du corps donne naissance à des spasmes, à des idées érotiques, etc..., donc il est spasmogène, érotogène, on le cherchera et, ce qui est pis, on finira par le faire naître chez d'autres malades. Tel individu ne peut accomplir un acte que pendant le jour, donc le jour a une influence dynamogénique et tout s'explique par le nombre des vibrations lumineuses. On transforme ainsi en lois de la maladie en général et même en lois physiologiques de

1. M. Paul Richer. *Op. cit.*, 728 ; M. Pitres. *Op. cit.*, I, 217, signalent des faits nombreux du même genre.

l'organisme des associations d'idées du sujet[1]. Certes, les auteurs comme Noizet, Liebault, Bernheim ont rendu un grand service en montrant l'influence énorme de la suggestion dans ces prétendues lois physiologiques. A mon avis, ce n'est pas uniquement la suggestion qui intervient, mais aussi les idées fixes naturelles, les habitudes, les associations d'idées. L'expérimentateur est d'autant plus disposé à se tromper en constatant cette régularité qu'il est convaincu, et à juste titre, de ne pas l'avoir suggérée. Elle n'en est pas moins due à un phénomène psychologique dont il faut démêler la nature dans chaque cas particulier.

Quand plusieurs idées fixes, comme cela arrive très souvent, se sont développées dans l'esprit du malade, la régularité des phénomènes psychologiques sera évidemment plus difficile à percevoir, mais elle n'en existe pas moins. On peut constater, nous n'osons pas dire des lois, des idées fixes, mais un certain ordre dans lequel les phénomènes se présentent le plus souvent. Il est rare que plusieurs idées fixes coexistent dans l'esprit d'un même malade sans s'influencer réciproquement. Ce n'est que par exception que certaines hystériques ont deux ou plusieurs idées fixes indépendantes qui se développent chacune de son côté comme si elle était seule : X... a une crise composée de convulsions et de cris de douleur quand elle pense à son mari et une attaque extatique pleine de rêves délicieux quand elle pense à son amant. Le plus souvent, il n'en est pas ainsi et les idées fixes ne sont multiples qu'en apparence : elles dépendent les unes des autres. Is.... à la suite d'un viol et d'un accouchement clandestin, présente d'abord une anorexie (idée fixe de suicide subconsciente), puis des colères et des violences (idée subconsciente d'homicide pour se venger) ; enfin elle paraît rétablie mais présente une bizarrerie mentale : elle ne peut tolérer la vue des petits enfants, elle a envie de les battre ; elle résiste, mais si elle reste trop longtemps en leur présence, elle a une attaque (rêve subconscient de son

1. *Automatisme psychologique*, 154, 159.

enfant cause de tout son malheur). Il faut toujours bien distinguer, dans la description clinique d'un malade, ces idées fixes secondaires de l'idée fixe primitive, cela est essentiel pour le diagnostic et pour le traitement.

Ces idées fixes se recouvrent les unes les autres et la dernière paraît en général exister seule. Quand, par suite de diverses circonstances et en particulier à la suite d'un traitement psychologique, la dernière, l'idée fixe actuelle, disparaît, on est tout étonné d'en voir surgir une autre, qui est précisément l'idée fixe précédente. Celle-ci effacée, réapparaît en troisième lieu une autre idée plus ancienne. Il semble que, dans ce cas, les idées fixes soient disposées en couches stratifiées et qu'on les mette au jour les unes à la suite des autres. Nous avons insisté si longuement autrefois sur cette question des idées fixes stratifiées, que nous n'osons répéter ici cette étude.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'un esprit qui a été obsédé par une idée fixe reste pendant quelque temps, même après disparition de son idée fixe, dans un état de faiblesse tout particulier, très disposé aux suggestions et très propre à recevoir une quantité d'idées fixes nouvelles. Il en est de l'esprit après l'obsession comme d'un organe qui a subi une première infection; même après la guérison apparente, il n'est pas tout de suite revenu à l'état d'intégrité primitive. L'esprit, comme l'organe, reste en état de réceptivité, et si l'un s'infecte par tous les microbes qui auraient auparavant été sans action, l'autre est envahi par des idées fixes innombrables pour des prétextes insignifiants. Justine était tourmentée depuis quatorze ans par la seule et unique idée fixe du choléra. Quand j'ai enlevé cette idée fixe primitive, j'ai vu la malade traverser une période singulière : dans l'espace de quelques mois elle a présenté une douzaine d'idées fixes différentes provoquées par les incidents de la vie journalière; dès que j'en enlevais une, il en renaissait une autre. Ce sont des idées fixes secondaires par suggestibilité qu'il est égale-

ment indispensable de connaître, si l'on veut jamais entreprendre le traitement de ces maladies.

Enfin, pour bien apprécier le degré de cette régularité dans chaque cas particulier, il reste une distinction à faire. Il faut tenir compte du degré et surtout de l'ancienneté de la maladie. Les hystéries qui débutent, qui sont encore en formation, en évolution, ne sont pas sur ce point identiques aux hystéries entièrement constituées[1]. Au début de la maladie, il semble que le mécanisme des idées fixes ne soit pas encore parfait ni définitif, et les attaques qui en dépendent sont encore jusqu'à un certain point modifiables. Des suggestions faites dans des conditions variées pour atteindre ces phénomènes le plus souvent subconscients, des émotions nouvelles, des spectacles extérieurs qui font impression sur l'esprit soit pendant la veille, soit même pendant l'attaque, peuvent transformer et compliquer ces attaques. J'ai rapporté autrefois l'histoire de trois hystériques que j'avais étudiées d'abord dans des salles différentes de l'hôpital du Havre et qui présentaient chacune une attaque particulière. Plus tard elles furent réunies dans une même salle et « je fus tout étonné de voir qu'au bout de quelque temps, elles avaient confondu leurs symptômes et qu'elles avaient maintenant toutes les trois la même crise, avec les mêmes mouvements, le même délire, les mêmes invectives contre le même individu. Un peu plus il se formait dans cette salle un nouveau type d'hystérie qu'on aurait pu étudier plus tard comme naturel[2] ». Cette imitation joue d'ailleurs un rôle bien connu dans les grandes épidémies de possession. Mais ce qui est intéressant à remarquer, c'est que cette disposition à modifier les crises par imitation et par suggestion ne dure pas toujours. On remarque aisément, en examinant les malades de la Salpêtrière, que la contagion ne joue pas

1. Pour cette distinction des différents degrés de l'hystérie, voir *Stigmates mentaux de l'hystérie*, 51.

2. *Autom. psych.*, 449. — Briquet signalait autrefois des faits du même genre, *op. cit.*, 389.

chez toutes le même rôle. Les malades jeunes, dont l'hystérie commence sont très accessibles à cette contagion et, à chaque instant, on constate dans l'attaque d'une de ces malades un détail, un élément emprunté à une voisine. Berthe se met à crier : « Petite femme... patapan.... » Ce sont des mots de son amie Renée. Lec. se met à secouer sa tête comme Mar., etc. Au contraire, les hystériques âgées dont la maladie est très ancienne, restent immuables; il semble que Hab. ou Cles. ne daignent pas modifier leur attaque classique par l'introduction d'éléments empruntés à des petites malades nouvellement arrivées. En réalité, leurs attaques ne sont plus guère modifiables par aucun procédé, l'organisation en est définitive, et la régularité en est devenue parfaite. Il y a donc une période où les malades organisent pour ainsi dire leurs idées fixes et leurs attaques, réunissent, systématisent des émotions, des mouvements, des idées empruntés de côté et d'autre, les transforment plus ou moins par une sorte de méditation subconsciente. Le système se régularise de plus en plus et finit par devenir immuable ; la régularité parfaite dans l'association des idées, dans leur succession est donc bien le caractère qui tend à devenir de plus en plus net à mesure que la maladie hystérique s'affirme davantage.

L'hystérie était autrefois considérée comme une maladie éminemment variable et protéiforme : M. Charcot a dû insister à plusieurs reprises pour montrer que la permanence des symptômes pendant des années était fréquente chez l'hystérique. Nous en arrivons aujourd'hui à penser que cette immobilité, si on tient compte de ces innombrables faits psychologiques qui tendent à tout transformer, est au contraire la règle. Pendant des années ce sont les mêmes attaques, les mêmes attitudes, les mêmes stigmates ; loin d'être trop changeante, l'hystérique n'est pas assez mobile, elle reste indéfiniment au même point de sa vie, en face de la même émotion, sans savoir s'adapter aux circonstances indéfiniment changeantes.

Cette dernière remarque nous conduit à l'étude d'un second caractère très important des idées fixes. « Ces idées ne sont pas conçues, inventées au moment où elles se formulent maintenant, elles ne sont que des *répétitions*. Ainsi la plus importante des hallucinations qui tourmentaient Marcelle pendant l'attaque de nuage n'était que la reproduction exacte d'une scène qui avait eu lieu l'année précédente. Les idées fixes de mourir, de ne pas manger, sont la reproduction de certaines résolutions désespérées prises il y a quelques années. Autrefois ces idées avaient un sens, se rattachaient plus ou moins bien à quelque motif. Un désespoir d'amour avait été la cause de ses tentatives de suicide, elle refusait de manger pour se laisser mourir de faim, etc. Aujourd'hui ces idées se reproduisent sans lien entre elles et sans raison. Elle a complètement oublié, je m'en suis convaincu, son ancien désespoir et n'a aucune envie de mourir. L'idée du suicide vient aujourd'hui sans rapport avec la situation présente, et Marcelle se désespère à la pensée de ce suicide qui s'impose à elle comme un reste du passé. Elle ne sait pas pourquoi elle refuse de manger, les idées de suicide et de refus d'aliments se sont dissociées, l'une existe sans l'autre. Tantôt elle entend la voix qui lui dit : « Ne mange pas », et ne songe pas à mourir, tantôt elle songe à se tuer et accepte cependant la nourriture. Toujours nous retrouvons dans les idées fixes ce caractère de répétition automatique du passé sans lien, sans logique actuelle[1]. » Il est inutile d'insister pour prouver qu'il en était de même pour tous les autres cas, nous avons sans cesse montré comment l'accident hystérique reproduisait un ancien événement. MM. Breuer et Freud exprimaient très bien l'idée que nous soutenons depuis longtemps en disant : « la cause provocatrice agit encore après des années, de même qu'une douleur morale conservée dans le souvenir provoque des larmes longtemps encore après l'événement.... L'hystérique souffre

1. Aboulie et idées fixes. *Revue philosophique*, 1891, I, 279.

surtout de *réminiscences*. « Die Hysterische leidet grosstentheils an Reminiscenzen[1]. »

Non seulement l'idée fixe ne demande pas d'attention ou d'effort intellectuel pour se développer, mais elle ne peut se développer que si *l'attention et la volonté sont énormément réduites*. Toute fatigue physique ou morale qui diminue la puissance de synthèse psychologique favorise ces accidents dus aux idées fixes. Quand Vel. est indisposé par une petite attaque de cholérine, il reprend son tic du nez qui avait disparu. Quand Lec. se dispute avec son mari, elle reprend sa chorée du côté droit. Maria est poursuivie par l'idée de boire de l'éther au moment de ses règles et Justine est de nouveau en proie à l'idée du choléra, quand elle s'est fatiguée à blanchir le linge de la famille. Bien mieux cette remarque nous explique comment certaines idées fixes semblent éclore bien longtemps après l'accident provocateur. M. Guinon rapporte l'exemple d'une paralysie hystérique survenue deux ans et demi après une chute[2]. Nous venons d'étudier l'exemple si curieux de Col., blessé dans un accident de chemin de fer. Il reste bien portant et ne reproduit cet accident dans des crises caractéristiques que six ans plus tard, seulement quand des malheurs de famille et la mort subite de sa femme l'ont mis dans un état de dépression favorable au développement de l'idée fixe, inoculée depuis longtemps, mais restée latente.

C'est là cette opposition entre l'activité volontaire et le fonctionnement mécanique du cerveau qui a été depuis longtemps signalée par les psychologues, en particulier par Maine de Biran, qui a été très bien comprise par Moreau (de Tours) sur qui nous avons longuement insisté dans un précédent travail, par Macario, par Delasiauve, et par quelques autres aliénistes. Nous croyons avoir quelque peu précisé cette opposition qui était restée assez vague et avoir montré son importance dans un grand nombre de

1. Breuer et Freud. *Op. cit.*, 4.
2. Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*, 319.

phénomènes particuliers. C'est aussi de cette manière qu'il faut comprendre le rôle de cet épuisement physique qui semble dans quelques cas accompagner les idées fixes et sur lequel M. Féré a particulièrement insisté[1]. Il intervient indirectement en diminuant l'activité volontaire et, par conséquent, en favorisant la répétition régulière des phénomènes anciens, des phénomènes automatiques. Ceux-ci, lorsqu'ils existent, tendent à diminuer encore l'attention et la volonté, ils augmentent l'aboulie, l'amnésie continue, la distraction, mais cependant ils n'ont pu grandir que grâce à une faiblesse préalable. C'est là un cercle vicieux pathologique des plus importants qui joue un rôle essentiel dans la pathologie des idées fixes.

Les caractères précédents ne sont pas propres aux idées fixes des hystériques, ils se retrouvent plus ou moins nets dans la plupart des phénomènes de l'automatisme psychologique, au cours de toutes les maladies mentales. Les idées fixes prennent-elles un caractère un peu plus particulier quand elles se développent chez des hystériques?

On a vu que le plus souvent le malade ignorait le rêve qui déterminait les hyperesthésies ou les contractures, il paraît mieux connaître le rêve qui détermine l'attaque, puisqu'il l'exprime par des attitudes et des paroles. En réalité, le caractère est resté le même. Le malade se réveille de l'attaque avec un souvenir très confus ou même sans aucun souvenir de ses rêves, si on prend la précaution d'attendre quelques minutes avant de l'interroger; cet oubli est de plus en plus net et profond à mesure que la maladie se caractérise[2].

D'un côté comme de l'autre, les idées fixes sont restées en dehors de la conscience normale, tantôt elles se développent simultanément au-dessous de cette conscience, tantôt elles se développent dans un état nerveux qui remplace la conscience ordinaire et qui alterne avec elle. Si quelquefois une idée obsédante, une hallucination paraît

1. Féré. *Pathologie des émotions*, 147.
2. Charcot, *Op. cit.*, III, 259.

être bien connue par le sujet, elle dépend le plus souvent d'un rêve plus compliqué qu'il ignore.

Tant que les préoccupations, les obsessions restent entièrement conscientes, elles n'ont pas encore constitué un accident hystérique proprement dit. Un jeune homme de 15 ans, Girb, voit un individu en proie à une crise nerveuse, et il s'empresse pour le secourir, mais le malade dans ses contorsions s'accroche à lui et lui mord la jambe. Girb, très ému, s'éloigne du convulsionnaire et renonce à le soigner. Voici ce jeune homme qui reste préoccupé, et les jours suivants, au lieu d'aller à son travail, il se met à la recherche de ce malade « afin de savoir, dit-il, pourquoi il m'a mordu, s'il l'a fait exprès, pourquoi il m'a rendu le mal pour le bien ». Il ne retrouve pas son convulsionnaire et s'acharne à sa recherche, il ne mange plus et ne dort plus, toujours obsédé d'une manière assez consciente par cette idée de morsure. Trois mois après, à la suite d'une querelle, il tombe en convulsions et alors, pendant une attaque, saute de tous côtés et cherche à mordre les assistants. Au réveil il ne se souvient pas des extravagances qu'il a commises, ni des soins qu'il a reçus. A partir de ce moment, il a des attaques semblables tous les deux jours, mais il n'est plus aucunement obsédé par la pensée de l'homme qui mordait, il n'y pense plus jamais. L'idée fixe d'abord consciente a formé une attaque hystérique et reste maintenant au-dessous du seuil de la conscience. Il est vrai que dans certains cas, assez rares, l'idée fixe restée pendant quelque temps subconsciente peut envahir de nouveau la conscience, elle donne naissance à des délires qui seront étudiés plus tard. Mais ce sont là des accidents rares qui sortent presque des limites de l'hystérie.

Enfin ce caractère subconscient des idées fixes chez les hystériques joue un grand rôle dans la thérapeutique de ces affections. J'ai bien souvent montré autrefois qu'il fallait aller pour ainsi dire à la recherche de ces phénomènes subconscients pour les attaquer et qu'on ne pouvait pas

traiter l'accident hystérique avant d'avoir atteint ces couches profondes de la pensée dans lesquelles se dissimulait l'idée fixe. Je suis heureux de voir aujourd'hui MM. Breuer et Freud exprimer la même idée. « Il faut, disent-ils, rendre conscient cet événement provocateur, l'amener à la pleine lumière, les accidents disparaissent quand le sujet se rendra compte de ces idées fixes [1]. » Je ne crois pas que la guérison soit aussi facile et qu'il suffise de faire exprimer l'idée fixe pour l'enlever, le traitement est malheureusement bien plus délicat, mais en tout cas, il est certain que cette découverte des phénomènes subconscients est une opération préliminaire et indispensable.

En un mot, les idées fixes des hystériques présentent au plus haut degré les caractères de l'automatisme psychologique, la régularité, la répétition du passé et la subconscience. Ce sont les mêmes caractères qui avaient déjà été constatés dans les suggestions : les idées fixes sont des phénomènes du même genre qui se développent de la même manière chez ces esprits dont la synthèse est affaiblie. Les unes et les autres indiquent une division des phénomènes de conscience qui va se manifester complètement dans les somnambulismes.

1. Breuer et Freud. *Op. cit.*, 4.

CHAPITRE IV

LES SOMNAMBULISMES

La psychologie du somnambulisme a été l'objet de bien des études : nous avons nous-même, dans un précédent travail, exposé quelques considérations qui nous semblent encore assez exactes. En outre, M. Georges Guinon doit publier prochainement dans la collection Charcot-Debove un travail d'ensemble sur les somnambulismes. Il est donc impossible et inutile de recommencer ici cette étude d'une manière complète. Cependant le somnambulisme joue un rôle considérable dans la pathologie de l'hystérique, il est le terme et la conclusion d'une grande quantité d'idées fixes subconscientes et d'attaques, et il ne peut être entièrement passé sous silence. Nous nous bornerons à une description rapide des principales variétés de somnambulisme, et sans insister sur la théorie psychologique de ces états, nous signalerons seulement leur importance médicale en montrant leurs rapports avec les autres accidents de l'hystérie.

§ 1. — Caractères généraux des somnambulismes

C'est un fait d'observation populaire que les hystériques peuvent entrer à de certains moments dans des états psychologiques anormaux, dont le premier caractère est d'être étranges, extraordinaires, très différents de l'état psychologique normal du sujet. Naturellement, les médecins ont essayé de préciser ce qui constituait le caractère anormal de ces états, quel était le phénomène précis pouvant servir à caractériser et à diagnostiquer l'état somnambulique. Il

ne nous semble pas que cette recherche ait abouti, ni que l'on ait découvert, dans l'attitude du sujet, dans l'état des fonctions organiques, dans les modifications de la sensibilité, du mouvement ou de la volonté, un caractère toujours le même qui pût séparer le somnambulisme de la veille. Tous les caractères proposés sont loin d'être constants dans le somnambulisme et se retrouvent très fréquemment pendant la veille[1]. Nous sommes obligé de revenir à la remarque populaire et de nous borner à la préciser; le somnambulisme n'a pas de caractères qui lui soient propres, il est simplement *un état anormal, distinct de la vie normale du sujet*. Étant donnée une personne que l'on ne peut examiner que dans un seul moment de son existence, il est impossible de déterminer dans quel état elle se trouve; Lucie, M., Berthe et bien d'autres peuvent être examinées pendant leur somnambulisme sans que l'on puisse s'apercevoir de leur état. Il faut, pour le reconnaître, pouvoir comparer leur état avec leur vie normale et constater qu'il y a dans ces deux moments une autre répartition, un autre équilibre des phénomènes psychologiques. Le somnambulisme est une existence seconde qui n'a d'autre caractère général que d'être la seconde.

Cette différence des deux états peut être très grossière et très visible; certains sujets anesthésiques, paralytiques, contracturés à l'état de veille, n'ont plus aucune trace de leur maladie en somnambulisme; mais ces cas sont rares et le plus souvent la différence psychologique est légère. Elle serait fort difficile à apprécier et passerait le plus souvent inaperçue si elle n'amenait avec elle un phénomène psychologique bien apparent. La mémoire est une faculté délicate qui est troublée par des modifications même légères et peu perceptibles de la conscience. Cette différence des deux états psychologiques suffit pour provoquer une scission dans la continuité des souvenirs, au moins des souvenirs réfléchis et personnels. Au réveil de

1. Discussion des caractères proposés pour diagnostiquer le somnambulisme, *automatisme psychologique*, p. 67.

l'état second, le malade ne peut retrouver le souvenir des événements qui ont eu lieu pendant cette période; il ne retrouve ces souvenirs que s'il rentre dans le même état qui leur a donné naissance. Les modifications des états psychologiques, bien que réelles, ne méritent pas pour nous le nom de somnambulismes, tant qu'elles ne sont pas assez fortes pour amener naturellement ce trouble de la mémoire, et nous réservons le nom de *somnambulismes pour des états dans lesquels le sujet possède des souvenirs particuliers qu'il ne retrouve plus quand il rentre dans son état normal.*

Ce premier caractère soulève évidemment des difficultés; il sera peu net dans bien des cas intermédiaires où les souvenirs ne sont effacés au réveil que d'une façon incomplète et passagère. Devons-nous considérer comme somnambulismes ces états dans lesquels entre Justine à la suite de ses idées fixes? Elle semble en avoir perdu la mémoire au moment du réveil, et cependant elle retrouve spontanément ces souvenirs au bout de quelques jours. Faut-il également appeler somnambulisme cet état de Ba. qu'il a oublié au réveil, mais dont il retrouve régulièrement le souvenir le lendemain matin après en avoir rêvé pendant la nuit? Ces cas et d'autres peuvent être embarrassants, mais nous sommes obligés de formuler les définitions d'après les cas typiques et non d'après les variétés intermédiaires[1]. L'oubli au réveil reste le caractère essentiel du somnambulisme proprement dit.

Nous n'ajouterons qu'un seul caractère pour préciser cette définition et distinguer le somnambulisme des attaques, des extases dont le sujet ne garde pas non plus le souvenir. Dans ces attaques, le sujet se borne à rêver et à exprimer son rêve; il ne perçoit pas le monde extérieur, il ne s'y adapte pas. Dans le somnambulisme, on constate un développement intellectuel plus considérable qui permet au malade de voir et d'entendre d'une façon consciente,

1. Nous ne pouvons reproduire ici nos études sur la vérification de l'oubli au réveil et sur ses irrégularités. *Autom. psych.*, 74 et 174.

de percevoir les impressions qui frappaient ses sens et d'adapter sa conduite aux phénomènes environnants.

Un exemple éclaircira cette remarque. Une jeune fille de dix-sept ans, Rah., présentant déjà, surtout au moment de ses règles, quelques symptômes hystériques, était servante chez un individu qui, suivant la mode actuelle, prétendait s'occuper d'hypnotisme. Ce personnage cherche à hypnotiser sa domestique dans l'intention de profiter du sommeil pour la violer. Il réussit à provoquer des attaques convulsives dans lesquelles la jeune fille put se défendre. Ces attaques se rapprochaient beaucoup d'un état somnambulique, car au réveil, Rah. ne savait absolument pas les tentatives dont elle avait été l'objet. Cependant, quelques jours plus tard, cette jeune fille fut obligée de rentrer chez ses parents à cause d'une maladie bizarre. Elle était d'abord distraite, anesthésique, elle perdait la mémoire des faits récents; elle était incapable et de faire aucun travail et de comprendre ce qu'on lui disait. C'est là l'état d'aboulie résultant, comme on le sait, du développement d'une idée fixe subconsciente. En outre, au milieu de la nuit, elle s'agitait dans son lit, pleurait, appelait au secours, se débattait convulsivement et, dressée sur son séant, restait les yeux fixes et les bras tendus comme si elle repoussait une personne. Puis elle sautait à bas du lit et courait au travers de la chambre, enfin se précipitait en dehors. A ce moment la scène changeait : elle paraissait se calmer et regardait les objets environnants; elle prenait un objet usuel, comme un balai, et se mettait à balayer tranquillement le parquet. Une nuit, elle sortit de la maison et, rencontrant une brouette dans la cour, se mit à la remplir de sable et la porta au fond du jardin. Quelquefois elle se réveillait au milieu de son travail dans le plus grand ahurissement, sans savoir ce qu'elle faisait; le plus souvent elle rentrait se coucher et se rendormait. Il me semble facile de distinguer dans cet accident deux périodes : l'une dans laquelle la malade rêve à son hypnotiseur et ne voit pas les objets environnants, l'autre, dans laquelle la malade

perçoit les sensations et se laisse même diriger dans ses actions par l'aspect des objets qui se présentent à elle. Ces deux périodes dépendent évidemment l'une de l'autre, mais on peut au moins, pour la clarté du langage, les distinguer, considérer la première comme une attaque déterminée par un rêve et réserver à la seconde le nom de somnambulisme. Nous admettons donc deux caractères dont dépend l'état somnambulique, un certain trouble de la mémoire après l'état anormal, et cependant un certain degré d'intelligence pendant l'état anormal qui permet jusqu'à un certain point la perception des phénomènes extérieurs. Chacun de ces deux caractères est susceptible de variations nombreuses, et c'est pourquoi nous admettons deux classifications des somnambulismes, l'une déterminée par l'étude des modifications de la mémoire, l'autre par la considération du degré du développement intellectuel.

§ 2. — LES VARIÉTÉS DU SOMNAMBULISME CARACTÉRISÉES PAR LES MODIFICATIONS DE LA MÉMOIRE.

Les somnambulismes sont très nombreux et très variés, et il est nécessaire de les classer. Peut-on prendre comme principe de cette classification la durée pendant laquelle se prolongent ces états anormaux? Nous ne le pensons pas, car toutes ou presque toutes les formes du somnambulisme sont susceptibles de se prolonger fort longtemps; leur durée peut varier depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs mois. Une classification plus intéressante distinguait ces états anormaux, d'après leur origine, en somnambulismes naturels et somnambulismes artificiels. Cette distinction peut, dans certains cas, avoir une grande utilité pratique; elle ne nous semble pas être cependant très exacte. Il ne faut pas croire que les somnambulismes provoqués chez un sujet restent, en nature, différents des somnambulismes de cette même personne, ils sont le plus souvent absolument identiques. On a remarqué que, dans

certains cas, le sujet présentait, pendant le somnambulisme provoqué, une plus grande docilité, semblait dépourvu de spontanéité. Cela est loin d'être général : certaines somnambules comme Lucie, Berthe et bien d'autres, sont moins suggestibles pendant leur état de somnambulisme provoqué que pendant la veille. L'indépendance et la spontanéité des malades pendant le somnambulisme naturel sont plus apparentes que réelles ; si on connaît bien les malades, si on parvient à attirer leur attention, à entrer en quelque sorte dans leur rêve, on peut les diriger avec la plus grande facilité. Quelques auteurs ont remarqué, ce qui est fort exact, que le somnambulisme naturel est le plus souvent rempli par un rêve compliqué, par des hallucinations, et ils ont cru que ce caractère ne se retrouvait pas dans le somnambulisme provoqué. Nous ne pouvons partager cette opinion. Les sujets qui ont des idées fixes les expriment parfaitement pendant le somnambulisme provoqué, il suffit de les laisser quelque temps dans cet état sans les diriger, de les abandonner un peu à eux-mêmes. Justine, Mme D., parmi les malades que nous avons décrites, ont à chaque instant des rêves, des idées fixes, des impulsions en état de somnambulisme provoqué, et il est très souvent difficile de reprendre la direction de leurs pensées quand on l'a un moment abandonnée. Enfin l'analogie de ces états est telle que le sujet semble passer de l'un à l'autre avec une extrême facilité ; en réalité, il reste dans le même état psychologique, mais nous prenons plus ou moins la direction de ses pensées.

Une classification vraiment utile nous paraît devoir être tirée des deux caractères psychologiques les plus importants, l'état de la mémoire et le développement de l'intelligence. Examinons d'abord les somnambulismes au premier point de vue.

On sait que la mémoire présente un caractère commun dans tous les somnambulismes, c'est l'oubli au réveil ; si l'on considère, non pas les souvenirs que le sujet peut avoir au réveil, mais ceux qu'il possède pendant le

somnambulisme lui-même, on constate beaucoup de variations.

1° *Les somnambulismes réciproques.* — Les somnambulismes à mémoire réciproque, ou, pour abréger, les somnambulismes réciproques, sont des états tels que le souvenir du premier se retrouve dans le second et le souvenir du second dans le premier. Par exemple, Marguerite avait des sortes de délires consécutifs à ses attaques d'hystérie. Avec plus de précision, elle avait à la fin de l'attaque deux périodes de somnambulisme différentes. Dans la première, elle reste immobile, les yeux fermés, comme endormie ; elle ne répond pas et paraît ne pas entendre, quoique en réalité elle entende fort bien. Dans la seconde, elle ouvre les yeux, remue et parle d'une manière naturelle, mais ne reconnaît pas les personnes qui l'approchent et semble avoir oublié tous les événements survenus depuis qu'elle est malade. Cette dernière période se termine par quelques convulsions, et la malade se réveille dans son état normal. Quoique les deux somnambulismes soient oubliés aussi bien l'un que l'autre après le réveil, ils ne sont pas identiques et ne sont pas réciproques ; qu'on interroge la malade quand elle est dans l'un de ces états, qu'elle ait les yeux fermés ou ouverts, on constate qu'elle n'a aucune notion de l'autre état. Au contraire, si nous observons la même malade dans une nouvelle attaque, fût-ce plusieurs mois après la première, nous la verrons reproduire ses deux somnambulismes. Pendant le premier, nous obtiendrons quelques paroles en insistant et nous pourrons constater que Marguerite se souvient des personnes qui se sont approchées de son lit et des paroles qu'elles ont prononcées pendant qu'elle était dans le même état. Quand viendra, naturellement, le second somnambulisme, avec les yeux ouverts, nous verrons que Marguerite, bien qu'ayant oublié tout le reste, se souvient exactement de ce qui s'est passé pendant la période correspondante de son attaque. Elle ne connaît même à ce moment que certaines personnes, celles qui lui ont parlé pendant cette période des attaques. Les

nouveaux somnambulismes ont été réciproques des premiers.

En général, il en est ainsi quand les somnambulismes se reproduisent régulièrement dans les mêmes conditions ; beaucoup de malades continuent exactement dans un nouveau somnambulisme un acte commencé dans le premier, comme cette malade décrite par M. Mesnet, qui allait de nouveau, en somnambulisme, chercher du poison caché dans une armoire pendant un premier accès, ou comme ce jeune homme décrit par M. Guinon, qui écrivait une longue histoire en somnambulisme et reprenait régulièrement son récit au point où il avait été interrompu[1]. Mary Reynolds, la malade de M. Weir Mitchel, était entrée à la suite d'un sommeil dans un état anormal. Elle n'avait plus aucune connaissance du passé et dut rapprendre à lire et même à parler ; cet état se termina au bout de quelques semaines et la malade revint à la vie normale avec oubli de tout ce qui venait de se passer. Quand l'état second reparut, Mary Reynolds avait conservé les connaissances acquises dans la première période anormale et continua seulement son éducation.

Il en est de même pour les somnambulismes artificiels quand ils sont provoqués par la même personne et de la même manière. Mais quelquefois, quand l'état somnambulique n'est pas produit de la même manière, il diffère légèrement, assez pour qu'il y ait un trouble de la mémoire et que cette réciprocité disparaisse. Marguerite, endormie par M. Dutil, ne retrouvait plus les souvenirs du somnambulisme que j'avais provoqué moi-même, et endormie par moi ne retrouvait plus les souvenirs du somnambulisme de M. Dutil. Une malade du service de M. Pitres, Jeanne R., avait été violée dans un état somnambulique ; endormie de nouveau, elle ne pouvait cependant pas retrouver le souvenir de cet incident et disait alors : « Je ne peux pas me

1. Georges Guinon. *Progrès médical*, 1891, n° 20 et sq. Cf. *Autom. psych.*, 78.

rappeler ce qui s'est passé, il me semble que j'étais endormie autrement ». (Communication orale de M. Laurent.) Dans des cas de ce genre, on arrive presque toujours, en modifiant l'état somnambulique de diverses manières, par une sorte de tâtonnement, à retrouver le souvenir réciproque.

Cette réciprocité est surtout intéressante et pratiquement utile quand elle existe entre un état naturel et un état artificiel. C'est grâce à ce fait que nous avons pu retrouver, pendant des somnambulismes artificiels, le souvenir minutieux des attaques, des délires, des somnambulismes naturels. Si nous continuons à étudier la malade précédente, Marguerite, nous voyons que l'on peut provoquer chez elle artificiellement un état dans lequel elle reste aussi étendue, les yeux fermés, et ne parle aussi que difficilement, si on insiste. Elle nous raconte ce qui est arrivé pendant la première période de sommeil qui suit la crise, que telle personne est venue près d'elle, que son père l'a embrassée, etc. Réciproquement, si je lui dis maintenant quelque chose, elle pourra me le répéter dans sa prochaine crise, pendant la même période de sommeil. Ce sont donc là deux états à mémoire réciproque.

Pendant qu'elle est endormie, forçons-la à ouvrir les yeux; il arrive alors une chose qui est loin d'être ordinaire pendant le somnambulisme, elle change totalement d'état et perd le souvenir de ce qu'elle vient de me dire quand elle avait les yeux fermés. Mais, par contre, elle a acquis des souvenirs tout nouveaux, elle me raconte ce qui s'est passé pendant le deuxième somnambulisme de son attaque, et, réciproquement dans cette période de l'attaque, elle se souvient de ses somnambulismes artificiels les yeux ouverts. Voici encore deux états réciproques.

Des faits de ce genre ont été bien souvent constatés : nous rappellerons seulement que l'on peut, pendant le somnambulisme provoqué, obtenir le récit exact de ces longues fugues, de ces voyages bizarres accomplis d'une façon automatique et dont la malade semble n'avoir gardé aucun

souvenir[1]. C'est là un caractère très important qui réunit un grand nombre d'états somnambuliques.

2° *Somnambulismes réciproques et dominateurs.* — A défaut d'une expression plus claire, nous disons qu'un état psychologique B domine un autre état psychologique A quand il se présente avec lui dans la relation suivante. Le sujet placé dans l'état B se souvient de l'état A, mais la réciproque n'est pas vraie : quand il se trouve dans l'état A il ne se souvient pas de l'état B. Ce fait est intéressant, car il caractérise les somnambulismes les plus ordinaires.

En effet, il est assez rare de constater des états somnambuliques comme ceux de Mary Reynolds, ou comme le second somnambulisme avec les yeux ouverts de Marguerite, dans lesquels le sujet se souvient uniquement des périodes exactement correspondantes et n'a aucun autre souvenir ni de la vie normale, ni de quelque autre état. Le plus souvent, le sujet placé en somnambulisme conserve non seulement le langage et les habitudes générales, mais encore les souvenirs précis de la veille. Quelques somnambules ne s'attribuent pas à eux-mêmes ces souvenirs de la veille et en parlent comme s'il s'agissait d'une autre personne, mais ils peuvent néanmoins retrouver et exprimer tous ces souvenirs; le plus souvent l'état somnambulique domine l'état de veille, on peut dire qu'au point de vue de la mémoire, il est supérieur et l'état de veille inférieur.

3° *Les somnambulismes en gradation.* — Dans certains cas, le caractère précédent se complique encore; il se forme une série d'états variés ayant entre eux ces rapports de supériorité et d'infériorité.

L'observation suivante, empruntée à un magnétiseur célèbre, vaut mieux qu'une description : Une jeune fille de treize ou quatorze ans tombait dans différents états nerveux distincts de la veille, dans des crises nerveuses, dans le somnambulisme naturel et dans le somnambulisme artificiel ou magnétique. « Quoique la malade eût le libre

1. Pitres. *Op. cit.*, II, 277. — Saint-Aubin. *Les fugues hystériques*, 15. — Tissié. *Les rêves*, 84. — Laurent. *Les états seconds*, 24, etc.

exercice de son intelligence dans tous ces différents états, elle ne se souvenait dans son état ordinaire de rien de ce qu'elle avait fait ou dit dans chacun d'eux; mais ce qui paraîtra étonnant, c'est que, dans le somnambulisme magnétique *dominant* pour ainsi dire sur toutes les espèces de vies dont elle jouissait, elle se souvenait de tout ce qui était arrivé soit dans le somnambulisme, soit dans les crises nerveuses, soit à l'état de veille. Dans le noctambulisme, elle perdait le souvenir du sommeil magnétique et sa mémoire ne s'étendait que sur les deux états *inférieurs*. Dans les crises nerveuses, elle avait de moins le souvenir du noctambulisme; enfin dans l'état de veille, comme au plus bas degré, elle perdait le souvenir de tout ce qui s'était passé en elle dans les états *supérieurs*[1]. » Nous avons déjà rapporté nous-même plusieurs observations du même fait[2]; les divers états que nous avions désignés par des chiffres 1, 2, 3, formaient une gradation telle que l'état 2 dominait l'état 1 et était dominé à son tour par l'état 3. Sans reprendre cette description, nous ajouterons seulement que, chez quelques malades, ces états sont nettement séparés les uns des autres soit par des sommeils, soit par des accidents convulsifs, comme chez Lucie, Rose, etc., mais que chez d'autres, comme chez M., la transition est insensible. Soit pendant un état de somnambulisme provoqué, soit même pendant la vie en apparence normale, M. a une mémoire variable qui tantôt s'étend, tantôt se restreint. Il semble que la puissance de l'esprit monte ou baisse incessamment suivant les émotions, les fatigues, suivant mille conditions et que l'étendue de la mémoire manifeste chez elle ces fluctuations. Cette malade sera mieux comprise quand on aura étudié d'autres caractères du somnambulisme. Contentons-nous de savoir que l'étendue de la mémoire est variable dans les somnambulismes et que ce caractère permet de distinguer quelques variétés différentes parmi ces états anormaux.

1. Bertrand. *Traité du somnambulisme*, 1823, p. 318.
2. *Revue philosophique*, 1887, I, 449. *Automatisme psychologique*, 85.

§ 3. — VARIÉTÉS AU POINT DE VUE DU DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL.

Les somnambulismes présentent un second caractère important, c'est que le malade n'est pas entièrement isolé dans son rêve, il perçoit les choses extérieures et se conduit d'après ses perceptions. Il est vrai que cette intelligence est très variable et, suivant le degré de son développement, se constituent des états psychologiques très différents les uns des autres.

1° *L'hémi-somnambulisme*[1].— Cet état a été surtout l'objet d'études expérimentales que nous avons résumées ailleurs et qu'il ne semble pas utile de reproduire ici. Nous croyons qu'il est cependant important de rappeler son existence, d'abord parce que cet état peut quelquefois se produire naturellement et ensuite parce qu'il forme une transition intéressante entre les idées fixes subconscientes et le somnambulisme proprement dit.

Dans tous les symptômes de l'état mental des hystériques, nous avons toujours constaté un double caractère : 1° la perception personnelle était diminuée et laissait échapper en dehors de la conscience certains phénomènes psychologiques, des sensations, des souvenirs, des images motrices; 2° les phénomènes négligés, non perçus par la personnalité, n'étaient pas cependant tout à fait supprimés, ils existaient à l'état d'isolement, à part de la conscience. Eh bien, ces phénomènes subconscients peuvent, dans certains cas, se grouper, se coordonner de manière à former des pensées assez complètes qui se développent ainsi tout à fait isolément.

Le fait est surtout bien net et bien connu dans un cas particulier, l'écriture automatique du médium dans les séances spirites. Ce personnage semble rester bien éveillé, peut prendre part à une conversation générale ou même

1. Ch. Richet. Les mouvements inconscients dans l'*Hommage à Chevreul*, 1886, 93.

faire une lecture à haute voix et cependant, au même moment sa main, entraînée par un mouvement dont il ne se rend pas compte, écrit sans le concours de sa volonté ni de sa pensée, des choses qu'il ignore lui-même et qu'il est tout surpris de lire ensuite[1]. D'autres agissent, imitent, sans pouvoir s'en rendre compte, la figure, la voix, la tournure des personnes et jouent des scènes de leur vie ; d'autres enfin, les plus curieux peut-être au point de vue médical, ne peuvent empêcher leur bouche de dire des paroles dont ils ne soupçonnent pas le sens et qu'ils sont tout surpris d'entendre; « la même puissance agit chez eux sur l'organe de la parole comme elle agit sur la main des médiums écrivants... le médium s'exprime sans avoir conscience de ce qu'il dit, quoiqu'il soit parfaitement éveillé et dans son état normal[2] ». Les médiums auditifs ou visuels entendent malgré eux des paroles ou voient des spectacles qu'ils rapportent ensuite volontairement[3].

Tous ces faits ont leurs analogues dans les accidents qui arrivent naturellement aux hystériques, on en rencontre souvent de semblables dans la description des possédés. Carré de Mongeron, qui décrit les convulsionnaires de Saint-Médard, raconte le fait suivant : « Il arrive souvent que la bouche des orateurs prononce une suite de paroles indépendantes de leur volonté, en sorte qu'ils s'écoutent eux-mêmes comme les assistants et qu'ils n'ont connaissance de ce qu'ils disent qu'à mesure qu'ils le prononcent. » Le même fait était autrefois remarqué chez les petits prophètes cévenols dans la révolte des camisards.

Aujourd'hui nous pouvons assez fréquemment constater des faits de ce genre. Renée se met à vociférer toutes sortes d'injures et de temps en temps profite d'une interruption pour dire en gémissant : « Ce n'est pas ma faute, ce n'est pas moi, je ne savais pas moi-même tous ces gros mots. » Une malade hystérique dont l'observation recueillie par

1. *Automatisme psychologique*, 380.
2. Allan Kardec. *Le Livre des médiums*, 19e édition, 203.
3. Allan Kardec. *Op. cit.*, 203.

M. Huet a été publiée par MM. Séglas et Bezançon, était tourmentée par cette écriture automatique. « Le début de cette affection actuelle remonte à deux ans et demi. A cette époque, après avoir lu Allan Kardec et sur la foi d'une voisine, elle se mit à faire tourner des tables.... Cet hiver (octobre 1887) elle a fait les écrits; on lui a dit d'essayer, elle a pris une plume et du papier et a écrit de suite. Avant d'écrire, elle posait une question; elle sent alors qu'on lui prend la main, elle ressent dedans comme un fluide froid et elle écrit, malgré elle, dit-elle, de la ronde, de la demi-ronde qu'elle ne sait pas, signe la signature de son père, etc.... L'écriture changeait à chaque fois. Quand elle écrit elle-même, elle ne sent pas sa main prise et apprécie la différence. Parfois quand elle écrit à ses parents, l'esprit la prend et elle écrit autre chose. Elle a cru d'abord que l'esprit qui la possède était celui de son frère; mais elle a reconnu son erreur, quand cet esprit lui a fait écrire de la ronde et de la demi-ronde. C'est un démon, un mauvais esprit, celui d'un homme instruit, ancien professeur de séminaire qui sait sept langues, mais déchu[1]. »

Parmi nos malades, Lucie, Marguerite et bien d'autres présentent, d'une façon complète, l'écriture automatique et feraient la fortune d'un cabinet spirite. Gib., dont M. Dutil nous a communiqué la curieuse observation, a été très bouleversée en apprenant la mort de sa nièce Pauline qui, dans un accès de délire, s'est précipitée par la fenêtre. Depuis cet événement elle est triste, préoccupée, incapable d'aucun travail et d'aucune attention, elle prétend ne pas savoir ce qui l'afflige et ne pas se rendre compte des idées qui l'obsèdent. Cependant quand elle a un crayon entre les mains elle griffonne au hasard sur des morceaux de papier, et dans ces traits informes on peut reconnaître qu'elle a dessiné une fenêtre et qu'elle a écrit

1. J. Séglas et Paul Bezançon. De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés, extrait des *Annales médico-psychologiques*, janv. 1889, p. 20.

le nom de Pauline. Si on lui retire à temps ces papiers avant qu'elle les ait regardés, elle n'en peut deviner le contenu.

Ce qui caractérise tous ces faits et en particulier cette écriture, c'est 1° qu'il s'agit de mouvements involontaires, inconscients et cependant intelligents, et 2° que ces mouvements se produisent pendant que la pensée et la conscience normale du sujet subsistent à peu près intactes. Les premiers caractères, l'absence de volonté et de conscience seront toujours mis en doute quand on n'aura pas observé directement et longuement des sujets de ce genre. Il faut voir ces personnes révéler à leur insu ce qu'elles veulent tenir caché et ce qu'elles croient n'avoir dit à personne; il faut connaître les situations et les caractères pour se convaincre de ce fait. L'intelligence qui se manifeste ainsi est loin d'être remarquable, mais on constate cependant des perceptions assez nettes du monde extérieur et des jugements simples. Ces écritures automatiques peuvent répondre assez longuement à des questions qui seront posées tout bas pendant que le sujet distrait paraît s'occuper d'autre chose; c'est une application de la méthode des suggestions par distraction. En outre, on constate dans ces écritures de la mémoire, du jugement et même une certaine unité dans les pensées. Ces messages sont souvent signés par un nom, comme s'il se formait là un rudiment de personnalité.

Quant à la persistance de la conscience normale pendant que s'accomplissent ces phénomènes automatiques, c'est le caractère le plus curieux et le plus discuté de l'hémisomnambulisme. Il est clair que cette conscience sera toujours fort restreinte, car on sait que le développement des idées fixes subconscientes réduit toujours considérablement la perception normale. Le sujet comprend moins et retient moins ce qu'on lui dit pendant l'écriture automatique que pendant la vie normale. Cependant certains sujets, comme Marguerite, sont capables de lire tout haut, de comprendre ce qu'ils lisent et de s'en souvenir pendant que leur main répond à de tout autres questions. Cette simultanéité,

dira-t-on, n'est pas absolue, il faudrait montrer par des mesures précises la simultanéité d'un mouvement des lèvres et d'un mouvement de la main. Cette constatation, à notre avis, ne prouverait rien, car nous pouvons faire volontairement deux mouvements simultanés et cette simultanéité peut aussi se produire par le hasard. Ce qui est vraiment simultané et impossible à apprécier expérimentalement, c'est la simultanéité des deux séries de pensées. Elles semblent, chez quelques sujets, se développer simultanément, c'est tout ce que l'observation clinique nous permet de constater. Dans d'autres cas, la simultanéité est moins rigoureuse, la main cesse d'écrire un instant pendant que la bouche parle et reprend l'instant suivant, il y a une sorte d'alternance. Mais il est curieux de remarquer que les phénomènes se groupent cependant en deux séries très indépendantes, l'une que le sujet connaît bien, l'autre qu'il paraît ignorer. On constate même quelquefois un désaccord, une contradiction singulière entre ces deux catégories de pensées. Enfin, souvent, même dans les séances spiritiques, l'écriture automatique ne peut se développer qu'en réduisant de plus en plus la conscience normale et même en la faisant disparaître. L'hémi-somnambulisme se transforme alors en somnambulisme proprement dit.

2° *Somnambulisme à forme léthargique.* — Les malades perdent conscience, c'est-à-dire que la première série de phénomènes psychologiques qui forme leur personnalité normale est arrêtée, ils restent immobiles et semblent profondément endormis. Si on soulève leurs membres, on constate qu'ils sont flasques et retombent par leur propre poids. Des états de ce genre, soit naturels, soit artificiels, ont été souvent décrits sous le nom de sommeil hystérique, de léthargie, de syncope, de mort apparente, de somnambulisme mort ou passif[1], de mort-extase (*death trance*). Nous n'avons pas à étudier les caractères physiques d'un semblable état, nous constatons seulement que les

1. Despine (d'Aix). *Op. cit.*, 146.

phénomènes psychologiques sont loin d'être entièrement effacés. Les sensations existent encore, le sujet entend, il faut en être convaincu et ne pas exprimer devant lui des suggestions imprudentes, qu'il exécutera plus tard. Quand le sujet rentre dans un somnambulisme plus lucide, il peut souvent raconter tout ce qui a été dit devant lui pendant son état léthargique. Les sensations de tact subsistent encore et elles deviennent des points de repère, des signes à la suite desquels certains mouvements préalablement suggérés peuvent être exécutés. Quelquefois d'autres phénomènes psychologiques plus compliqués, des rêves par exemple, remplissent l'esprit du sujet sans se manifester à l'extérieur; mais le plus souvent les phénomènes psychologiques ne peuvent se compliquer sans que le sujet n'entre dans un somnambulisme plus complexe.

3° *Somnambulisme cataleptique.* — L'état intellectuel est déjà un peu plus développé, mais le champ de conscience est encore extrêmement restreint, il ne contient qu'un petit nombre d'idées simultanément ou même une seule idée. Celle-ci se développe sans rencontrer d'obstacles et provoque des attitudes harmonieuses de tout le corps, des mouvements expressifs absolument complets et en rapport avec l'idée unique qui remplit l'esprit. Quand on peut faire pénétrer une idée dans l'esprit du sujet, on modifie son attitude, on lui fait exprimer successivement la prière, la peur, la menace, etc.

Quand cet état se développe naturellement, les sujets restent immobiles, dans une attitude en rapport avec l'idée qu'ils avaient au début, ou en rapport avec leur rêve. Ces expressions naturelles ou suggérées sont peu nombreuses, car le sujet ne comprend pas les idées compliquées, il ne comprend pas le langage, il éprouve des sensations simples qui amènent par association d'idées certaines images et certains mouvements parfaitement déterminés. Par exemple, si on lui dit ces mots : « lève le bras », il répète en écho : lève le bras, mais ne semble pas comprendre le sens de ces paroles, car il ne lève pas le bras véritable-

ment[1]. Cet état cataleptique est souvent décrit par les anciens magnétiseurs[2] qui le montraient comme un spectacle curieux.

4° *Le somnambulisme monoidéïque.* — Le malade a, suivant les cas, les yeux fermés ou ouverts, mais il remue en apparence spontanément et a un aspect beaucoup plus éveillé. C'est l'état d'extase à demi éveillée (*half waking trance*), le somnambulisme en action des anciens observateurs.

Dans cet état, le sujet perçoit mieux les objets extérieurs, et il comprend le langage, mais il a un champ de conscience très restreint, et il est incapable d'opposer des souvenirs et d'autres idées à celle qu'il a une fois conçue. Aussi est-il extrêmement suggestible et développe-t-il jusqu'au bout une pensée qui a une fois pénétré dans son esprit. Dans les somnambulismes artificiels, ce rétrécissement de l'esprit se manifeste par un caractère curieux, l'électivité, la préférence que le sujet paraît accorder à la personne qui l'a endormi et le dirige. Il ne sent que les contacts de cette personne, il n'entend que ses paroles, ou plutôt il ne perçoit que certaines sensations et reste distrait pour toutes les autres. L'électivité s'explique de la même manière que l'anesthésie hystérique, par un choix que le sujet fait automatiquement de certaines impressions pour les rattacher à sa personnalité, à l'exclusion des autres.

Quand cet état somnambulique se développe naturellement, il est rempli tout entier par une idée fixe qui, au lieu d'obséder simplement l'esprit, se développe et se réalise complètement. Une hystérique décrite par M. Saint-Aubin rêve à son mari qui vient de mourir ; elle entre dans un état somnambulique et s'en va au cimetière se coucher et s'endormir sur la tombe; elle se réveille sans pouvoir expliquer comment elle est là. Ce n'est que dans un nouveau somnambulisme, provoqué cette fois, qu'elle

1. *Automatisme psychologique*, 32.
2. Despine (d'Aix). *Op. cit.*, 45.

peut raconter et son rêve et son expédition. Nous avons vu que Gibi. rêvait constamment à la mort de sa nièce et dessinait à son insu une fenêtre, ou écrivait une lettre à Pauline. Dans la nuit, et plus tard au milieu du jour, elle laisse cette idée envahir entièrement son esprit; alors elle perd la conscience, ne se rend plus compte de rien et se lève brusquement. Elle court à une fenêtre pour se précipiter comme Pauline. La perception des objets extérieurs existe en partie, puisqu'elle sait trouver et l'escalier et la fenêtre, mais les autres personnes présentes ne sont pas vues, il y a là un phénomène d'électivité analogue à celui du somnambule artificiel pour son magnétiseur. De la même manière, Sm. prend son oreiller dans ses bras, il se lève malgré sa paraplégie qui disparaît à ce moment et se sauve sur les toits. C'est qu'il rêve à enlever son enfant et il ne perçoit les objets que dans la mesure où ils s'accordent avec ce rêve. D'ailleurs quand ils se réveillent, ni Gibi. ni Sm. n'ont aucun souvenir de ce qu'ils viennent de faire, il faut les remettre dans un état somnambulique pour que le souvenir des actes précédents réapparaisse.

5° *Somnambulisme complet.* — M. Azam a employé ce nom pour désigner l'un des états psychologiques de Félida[1], il nous semble s'appliquer avec justesse à des somnambulismes artificiels, aussi bien qu'à des somnambulismes naturels.

Nous avons eu l'occasion de constater cet état à plusieurs reprises chez des hystériques, et nous l'avons décrit avec soin, car nous y attachons une assez grande importance[2]. Les malades peuvent entrer directement, ou plus souvent à la suite d'états somnambuliques analogues aux précédents, dans un état particulier où leur intelligence semble prendre son plus grand développement. Ils retrouvent les souvenirs de toute leur vie, ils peuvent raconter

1. Azam. *Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité*, 1887, 133.
2. *Automatisme psychologique*, 87, 105, 178.

leurs délires, leurs rêves, leurs somnambulismes précédents. Ce retour de la mémoire accompagne, comme on pouvait le prévoir, une restauration de toutes les sensibilités; tous les stigmates hystériques, l'anesthésie, le rétrécissement du champ visuel, les troubles du mouvement ont complètement disparu. Enfin la suggestibilité n'existe plus, le sujet obéit volontairement, mais il n'a plus ces actes automatiques dont il ne se rendait pas compte. En un mot la personnalité semble reconstituée d'une manière complète. C'est un cas de ce genre que décrivait Despine quand il nous montrait Estelle, anesthésique et paraplégique pendant la veille, mais parfaitement sensible et courant dans la montagne en somnambulisme : « elle ne songe plus qu'à cueillir des fleurs et à courir toute la journée en crise (somnambulisme) depuis dix heures du matin jusqu'à neuf heures du soir[1] ».

Pour ne pas répéter les exemples que nous avons déjà publiés, nous insisterons seulement sur une observation curieuse qui peut servir de transition entre les somnambulismes artificiels et les secondes existences qui surviennent quelquefois naturellement. En 1887, M. Jules Janet, alors interne à la Pitié, eut l'occasion d'étudier dans le service de M. Brissaud une jeune fille de 20 ans souvent citée dans ce travail sous le nom de M... Cette jeune fille, atteinte depuis longtemps de vomissements hystériques et de rétention d'urine par spasme du sphincter, était arrivée au dernier degré de l'affaiblissement. Tous les moyens avaient été employés depuis longtemps sans qu'on fût parvenu à lui faire conserver le moindre aliment; elle restait inerte dans son lit, entièrement anesthésique et ses membres présentaient la catalepsie partielle quand on les soulevait. M. Jules Janet réussit à la mettre dans un état de somnambulisme qui était fort singulier, car dans cet état la malade mangeait et urinait sans aucune difficulté. On remarqua aussi que, pendant ce somnambulisme, elle était redevenue sensible et que ses membres ne restaient plus en

1. Despine (d'Aix). *Op. cit.*, 56.

état cataleptique. Réveillée, la malade ne vomit rien de ce qu'elle avait mangé en somnambulisme, mais retomba immédiatement dans l'état où elle était précédemment sans pouvoir rien absorber; en outre, elle était de nouveau anesthésique et présentait l'oubli le plus complet de tout ce qui venait de se passer pendant le somnambulisme. Il fut donc bientôt nécessaire de la rendormir pour la faire manger, puis de la réveiller de nouveau. Malgré tous les efforts, malgré toutes les suggestions, il fut impossible d'obtenir l'alimentation et la miction pendant la veille; la malade semblait entièrement guérie pendant le somnambulisme et retombait dans un état lamentable aussitôt après le réveil. On en vint peu à peu et tout naturellement à la laisser plus longtemps dans son état somnambulique, quelques heures, puis une journée, puis plusieurs jours avant de la réveiller. Elle se réveillait toujours avec l'oubli complet de la période somnambulique, avec son anesthésie et ses vomissements.

La mère de cette jeune fille, la voyant un jour dans cette période de somnambulisme où elle paraissait si bien portante, la trouva suffisamment guérie et la fit sortir de l'hôpital. Tout alla bien pendant quelques semaines, mais quand arrivèrent les époques menstruelles, il se passa un fait inattendu : M... se réveilla complètement et spontanément. La voici de nouveau malade, mais en outre elle a oublié tout le mois qui vient de s'écouler, ne comprend rien, s'effraye et semble en délire. Que pouvait-on faire de mieux, si ce n'est la remettre en somnambulisme, ce qui fit disparaître immédiatement tous les accidents? Depuis il a fallu rendormir M... tous les mois. M. Jules Janet l'a fait régulièrement pendant quelque temps, je me suis occupé moi-même de cette malade depuis trois ans; en réalité, voici cinq ans que cette jeune fille est maintenue dans un état que l'on peut appeler un somnambulisme. C'est dans cet état qu'elle s'est fait une carrière et qu'elle a passé des examens assez difficiles. Ses juges ne se doutaient pas qu'ils examinaient une somnambule. Ce mot est-il encore

juste quand on parle d'un cas semblable? Il le devient de moins en moins. En effet, ce mot désigne un état distinct de la veille et opposé à la veille. Or, ici l'état primitif ou état dit de veille n'existe plus guère, il se reproduit rarement et incomplètement d'une manière spontanée, la malade devient insensible, vomit un peu, et oublie une partie des souvenirs précédents; il est facile de la remettre dans un état plus complet. L'état de veille ne se reproduit plus complètement que si on le provoque volontairement en réveillant le sujet. M... est alors très malade et absolument incapable de se conduire, car elle a oublié les cinq années qui viennent de s'écouler. Nous l'avons laissée deux jours dans cet état pour constater si cet oubli était bien réel. Les maladresses de la malade avec des étrangers, maladresses qui compromettraient la situation qu'elle a acquise non sans peine, empêchent de continuer et de répéter cette expérience. Le somnambulisme provoqué est devenu chez cette malade une seconde existence plus complète que la première et s'est entièrement substitué à elle.

Des faits de ce genre se sont produits très souvent d'une façon naturelle; l'histoire de Félida, celles de Mary Reynolds, de Hab. sont bien connues. La plupart de ces observations ont été réunies dans la thèse récente de M. Laurent[1]. Nous remarquerons seulement que chez la plupart de ces malades, il y a un état complet pendant lequel les anesthésies disparaissent et la mémoire s'étend sur toute la vie; dans cet état également les malades sont plus joyeuses, plus énergiques[2]. D'ordinaire c'est cet état plus complet que l'on considère comme le somnambulisme, tandis que l'état le plus incomplet est appelé l'état premier ou état de veille. D'ordinaire aussi c'est l'état second ou somnambulique qui finit par envahir toute la vie. Félida et Mary Reynolds devenues âgées restent uniquement dans cet état second. Enfin chez beaucoup de malades, il se fait un mélange, une confusion des deux états: « chez Félida les tares hystériques

1. Laurent. *Des états seconds*, 1892.
2. Weir Mitchell. *Mary Reynolds*, 8.

qui n'existaient d'abord que dans l'état premier se sont manifestées aussi dans l'état second[1] ». Chez M... que nous venons de décrire la sensibilité, qui était complète au début dans l'état de somnambulisme, est aujourd'hui incomplète, les stigmates hystériques existent aussi aujourd'hui dans l'état 2 mais moins fortement que dans l'état 1. L'état somnambulique est ici une forme d'existence psychologique plus ou moins complète et non plus un accident passager; il permet de comprendre les formes imparfaites que nous avons observées d'abord.

Il est presque inutile de rappeler que ces formes du somnambulisme que nous venons de décrire sont des types, des cas simples qui ont été choisis pour permettre de classer les autres. Il existe mille formes intermédiaires entre ces différents termes[2], et le même sujet peut présenter, suivant la manière dont on provoque le somnambulisme, suivant la durée de cet état, plusieurs de ces formes différentes.

§ 4. — INTERPRÉTATION DES PRINCIPAUX PHÉNOMÈNES PSYCHOLOGIQUES.

L'un des phénomènes essentiels du somnambulisme, c'est l'oubli au réveil. Cette amnésie, il ne faut pas l'oublier, est de la même nature que toutes les autres amnésies hystériques déjà décrites; ni la conservation, ni la reproduction des images ne sont disparues, il ne s'agit toujours que d'un trouble de la perception personnelle. Le sujet est incapable de rattacher à sa personnalité présente les souvenirs du somnambulisme, c'est là le fait essentiel. Nous avons déjà vu comment ces troubles de la perception sont analogues à des distractions, il suffit quelquefois d'une suggestion, d'un léger effort d'attention pour que certains souvenirs du somnambulisme soient momentanément retrouvés; nous avons vu aussi comment ces troubles

1. Azam. *Op. cit.*, 101.
2. Les phases intermédiaires de l'hypnotisme. *Revue scientifique*, 1886, I, 577.

dépendent d'un rétrécissement permanent du champ de la conscience et d'un affaiblissement de la synthèse psychologique[1]. Ce qu'il faut étudier ici, c'est la localisation particulière de cette amnésie : pourquoi le sujet oublie-t-il régulièrement certaines périodes de sa vie, tandis qu'il peut conserver assez bien le souvenir des autres? Nous croyons encore, ainsi que nous l'avons longuement soutenu autrefois, que l'on peut faire à cette question une réponse générale. Le somnambulisme est oublié parce qu'il est composé de phénomènes psychologiques rattachés par association, réunis autour de certaines sensations, de certaines idées même que le sujet ne sait plus percevoir.

Cette explication nous semble claire si l'on considère certains états comme les somnambulismes complets; elle reste encore vraisemblable pour les autres somnambulismes. Considérons un sujet comme Lucie ou Wittm. en somnambulisme complet; ce sont alors des personnes absolument normales qui ne présentent plus aucune tare hystérique. Elles ont une sensibilité tactile, musculaire et visuelle absolument complète, elles marchent et écrivent sans regarder ni leurs pieds ni leurs mains, elles ne sont aucunement modifiées par l'occlusion des yeux. N'est-il pas naturel de supposer que ces images tactiles, musculaires, ces mouvements exécutés au moyen de ces images jouent un rôle dans leur pensée, se rattachent par synthèse aux idées qu'elles entendent exprimer actuellement, s'associent avec tous les événements qui se produisent? Voyons maintenant ces mêmes sujets quand ils sont sortis de leur somnambulisme. Au bout d'un temps plus ou moins long, une demi-heure chez Lucie, plusieurs heures chez Wittm., ces malades se plaignent de malaise, de fatigue; si on les laisse sans intervenir, on voit leur sensibilité diminuer peu à peu, puis tous les stigmates hystériques se reconstituer. Les voici anesthésiques totales, incapables d'effectuer la perception personnelle des sensations tactiles ou musculaires. Ce trouble porte aussi sur les images, puisque les

1. *Stigmates mentaux des hystériques*, 96.

voici incapables de remuer leurs membres sans les regarder et qu'elles présentent tous les troubles du syndrome de Lasègue. Le système de sensations et d'images qui constitue leur personnalité n'est donc plus le même que tout à l'heure. Est-il étonnant que, prédisposées comme elles le sont aux amnésies localisées, elles ne puissent retrouver consciemment les souvenirs du somnambulisme précédent? Ces souvenirs sont surtout formés d'images tactiles et musculaires qu'elles ne savent plus maintenant percevoir et d'idées associées avec ces images. N'est-il pas naturel qu'elles oublient le tout en bloc? L'amnésie dépend ici de l'anesthésie et de l'état subconscient de certaines sensations et de certaines images.

La même interprétation peut s'appliquer à d'autres somnambulismes moins complets dans lesquels les stigmates ne sont pas supprimés, mais seulement modifiés. A chaque répartition de la sensibilité correspond un état général de conscience, une cœnesthésie à laquelle s'associent tous les souvenirs, et la mémoire de cette période ne peut être retrouvée facilement sans suggestion spéciale et sans effort d'attention que si le sujet se retrouve exactement dans le même état[1]. Si l'on veut bien observer ce détail avec soin, on constatera, comme je l'ai fait souvent, que, dans tout somnambulisme naturel et incontestable des hystériques, il y a des modifications presque toujours très appréciables dans la répartition des anesthésies, et ces modifications jouent, à notre avis, un rôle considérable dans les amnésies consécutives.

Passons à des somnambulismes encore plus rudimentaires, ces états mono-idéiques dans lesquels le sujet cherche à se tuer ou emporte son oreiller sur les toits. Comment peut-on comprendre que le malade au réveil ait tout oublié, même les choses qu'il a semblé percevoir nettement? Quelques expériences peuvent être rapprochées de ces faits. Je suggère à Léonie qu'elle a sur elle une belle robe de velours noir. Cette suggestion ne modifie en rien l'état général, ne change pas la répartition de la sensibilité, elle

1. *Stigmates mentaux des hystériques*, 117.

provoque seulement une hallucination et transforme légèrement l'attitude du sujet : Léonie s'est redressée sur son fauteuil, elle a un visage sérieux et un sourire composé, elle m'entend et me répond avec une gravité affectée, en un mot, elle joue la grande dame. Peu à peu l'hallucination s'efface et Léonie reprend son attitude plus simple et sa parole plus familière ; si, à ce moment, je fais allusion à la conversation précédente avec la grande dame, je m'aperçois qu'elle a tout oublié. Si plus tard, plusieurs jours après, je recommence cette hallucination de la robe de velours, Léonie reprend la conversation au point où elle l'avait laissée et retrouve tous les souvenirs. Voici une expérience d'amnésie et de mémoire alternante produite sans somnambulisme proprement dit et que l'on peut reproduire de la même manière soit pendant la veille, soit pendant un somnambulisme. Comment la comprendre ? A mon avis, les souvenirs de la conversation sont « cristallisés » autour d'un centre qui est l'hallucination de la robe de velours et la comédie de la grande dame ; le centre enlevé, tout est disparu ; qu'on le rétablisse et tout s'agrège de nouveau. Quand Marguerite est de mauvaise humeur contre moi, elle a des souvenirs qu'elle ne retrouve plus le lendemain quand elle est réconciliée, et qui réapparaîtront à la prochaine colère. Cette disposition existe plus ou moins chez tous les hommes; mais un individu normal peut, par un effort d'attention, sortir du groupe des souvenirs éveillés mécaniquement par la situation où il se trouve, un hystérique ne le peut pas sans aide. Si nous considérons nos somnambules à idée fixe, nous nous souvenons que, chez eux, les idées fixes étaient déjà subconscientes, isolées en dehors de la perception personnelle. Ces idées fixes sont envahissantes, elles deviennent un centre autour duquel se groupent un grand nombre de faits psychologiques étrangers en apparence à cette idée. Rah.., dont nous avons déjà parlé, a un rêve subconscient relatif à une tentative de viol ; elle pousse des cris, saute hors de son lit et se sauve dans le jardin. Ce sont là des actes en rapport avec l'idée fixe et nous com-

prenons qu'ils soient oubliés comme elle. Mais, en se sauvant dans le jardin, elle rencontre une brouette, la regarde, se laisse suggestionner par ce spectacle et se met à transporter du sable. Eh bien, ce transport de sable est associé avec l'idée fixe du viol. Au réveil, elle ne se souvient pas plus de l'un que de l'autre, et il faut la remettre dans son rêve de viol pour qu'elle retrouve le souvenir de la brouette. Nous avons déjà signalé de ces états envahissants qui enlèvent au sujet le souvenir des actes précédant le somnambulisme[1]; nous voyons ici qu'ils enlèvent la mémoire des actes qui suivent l'idée fixe. Le caractère subconscient des idées fixes est ici le point de départ du somnambulisme et de l'amnésie consécutive. Il est facile de comprendre que, dans tous les cas, l'oubli au réveil n'est pas égal ni aussi profond. Celui qui dépend d'une modification grave de la sensibilité est bien plus sérieux que celui qui dépend d'un rêve subconscient, l'attention, les efforts du sujet modifient plus facilement le second que le premier.

Quant à l'hémi-somnambulisme, il n'est également qu'une complication de ces sensations, de ces idées subconscientes dont nous avons si fréquemment constaté l'importance. Ces phénomènes subconscients semblent ne plus rester isolés ; ils se groupent, s'agrègent ensemble, se complètent en ravissant des phénomènes qui faisaient d'ordinaire partie de la perception normale, et cet ensemble a l'apparence d'une personnalité plus ou moins complète ; c'est une nouvelle forme d'existence psychologique, non plus alternante avec la première, mais simultanée et qui se développe en même temps qu'elle.

Ce fait de la combinaison, de l'association de tous ces phénomènes subconscients les uns avec les autres, est très général, c'est lui qui permet aux différents états somnambuliques d'un même sujet de se grouper ensemble, de se compléter mutuellement et de former toute une existence psychologique parallèle à la première. On constate souvent

1. Cf. Pitres. *Op. cit.*, II, 195, et *Stigmates mentaux*, 115.

dans les somnambulismes non seulement le souvenir des somnambulismes précédents, mais encore le souvenir des actes subconscients de la veille et même de l'hémi-somnambulisme; réciproquement l'écriture automatique d'un sujet manifeste le souvenir et des autres actes subconscients et des somnambulismes complets[1]. C'est ce que nous avions essayé de résumer autrefois dans un schéma qui avec peu

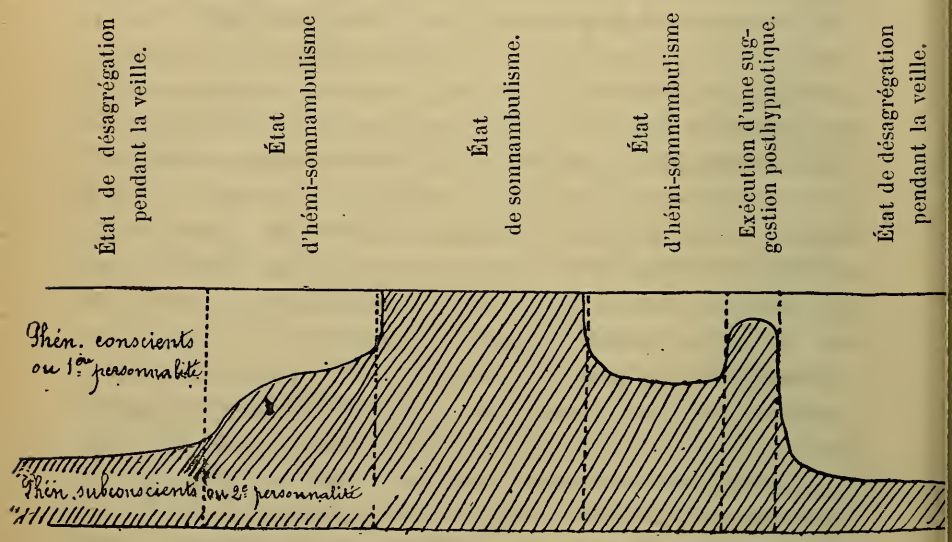

Figure 4.

de modifications s'applique exactement à beaucoup de malades (fig. 4).

Les faits précédents vont encore se préciser si on les rapproche des phénomènes observés au début des somnambulismes. Comment les malades entrent-ils dans l'état somnambulique? De deux manières différentes qui mettent toutes deux en évidence le même fait psychologique.

1° Le somnambulisme débute souvent pendant le sommeil normal, ou pendant un sommeil déterminé par sug-

1. *Automatisme psychologique*, 334, 340, 410.

gestion, pendant le sommeil provoqué par le chloroforme ou par l'éther[1]. On l'obtient, chez les sujets prédisposés, bien entendu, en fatiguant l'attention par la fixation continue; les hystériques sont, comme on sait, incapables d'un effort prolongé d'attention, elles s'épuisent vite et deviennent incapables de conserver la perception personnelle des phénomènes les plus simples. Enfin plusieurs auteurs ont insisté sur un fait des plus instructifs. Nous savons que beaucoup d'hystériques sont troublées quand on leur fait fermer les yeux, leurs mouvements *volontaires* sont altérés, la station verticale devient impossible, etc. Chez quelques-unes, ce trouble va beaucoup plus loin : non seulement les mouvements des membres mais ceux de la face deviennent impossibles, le sujet par exemple ne peut plus tirer la langue (signe de Baillif); en outre, les pensées sont confuses et la parole est embarrassée[2]. Enfin, chez certaines, l'occlusion des yeux ou des oreilles semble supprimer tous les phénomènes psychologiques. MM. Strumpell, Liégeois, Heyne, Ziemmsen, Raymond[3], ont rappelé des faits de ce genre. Le phénomène se produit chez quelques malades complètement anesthésiques quand on leur ferme les seuls sens par lesquels ils étaient encore en communication avec le monde extérieur. A notre avis, l'état qui se produit alors n'est pas un simple sommeil, il peut présenter des phénomènes psychologiques plus ou moins compliqués qui seront oubliés plus tard, c'est un état somnambulique. Nous voyons que le somnambulisme se développe quand, pour une raison quelconque, la conscience normale, la première synthèse des phénomènes psychologiques est supprimée.

1. Jules Janet. *Revue scientifique*, 1888, I, 620. — Cf. Laurent. *États seconds*, 38.

2. Pick. *Ueber die sogenannte* « conscience musculaire », *Zeitsch. f. Psych. u. Physiol. der Sinnesorgane*, 1892, 185.

3. Raymond. De l'anesthésie cutanée et musculaire généralisée dans ses rapports avec le sommeil provoqué et avec les troubles du mouvement. *Revue de médecine*, 1891, 389, et *Bulletin médical*, 22 février 1893.

Le somnambulisme peut être développé d'une autre manière. Quand on provoque par le procédé de la suggestion, par distraction, des actes subconscients, quand on détermine tout simplement des hallucinations suggérées, le sujet entre en hémi-somnambulisme et peu à peu en somnambulisme complet. On peut aussi faire naître dans l'esprit un des phénomènes qui sont associés avec le groupe des faits qui constituent le somnambulisme, appeler un malade du nom qu'on lui a donné pendant un somnambulisme précédent, lui montrer un des objets auquel il rêve pendant son somnambulisme, provoquer une sensation qui, comme un signal, un point de repère, éveille les pensées du somnambulisme et plus ou moins rapidement cet état second va se développer et faire disparaître la conscience normale. On voit de même le somnambulisme se développer fréquemment à la suite des rêves, des idées fixes subconscientes ou des attaques. Ces faits montrent donc encore l'existence de deux séries de phénomènes dans l'esprit dont l'alternance produit le somnambulisme et la veille.

Jusqu'à présent nous n'avons considéré que la forme extérieure du somnambulisme, les lois générales qui règlent les sensations et les souvenirs. Il faut aussi tenir compte de contenu du somnambulisme, des actes et des paroles du sujet. Ici nous ne croyons pas pouvoir exprimer une règle générale, l'attitude, la conduite des sujets, sont des choses éminemment variables, il faut se garder de prendre une allure propre à un sujet pour une loi générale. Un hypnotiseur n'a-t-il pas déclaré que les sujets mis en somnambulisme le tutoyaient toujours et que le fait de dire « tu » à un hypnotiseur était une marque de la réalité du somnambulisme!

Pour nous convaincre de cette diversité des somnambules nous demandons la permission de rappeler quelques descriptions. Grâce à nos recherches et à l'obligeance de nos amis, nous avons pu voir une collection assez variée de types somnambuliques dont quelques-uns étaient fort curieux. Voici d'abord la somnambule médecin, Mlle Eugénie,

que M. Ch. Richet a eu l'obligeance de nous faire connaître. Nous allons à la campagne dans une petite maison aux environs de Paris, où nous trouvons Mlle Eugénie, une jolie jeune fille de 22 ans, très occupée aux humbles fonctions du ménage. Elle est partie toute la journée donner des consultations dans un cabinet en renom, assistée d'un docteur qui signe ses ordonnances. Elle vient à peine de rentrer, elle est très fatiguée, mais ne se souvient pas de ce qu'elle a pu faire pendant la journée; elle a complètement perdu la mémoire de tout ce qui s'est passé depuis ce matin, mais cela ne l'inquiète guère, car elle est pressée de préparer la soupe pour ses vieux parents. Nous obtenons qu'elle consente à se laisser endormir encore un instant. Aussitôt dans l'état somnambulique, tout se transforme; la tête redressée, la parole cassante, elle a tout à fait le langage de l'emploi : « Figurez-vous, mon cher monsieur, 31 consultations aujourd'hui.... Et des cas très intéressants.... J'avais bien dit que cette dame était enceinte de deux jumeaux et son docteur ne voulait pas le croire..., tous ces médecins sont des ânes. »

Voici maintenant la somnambule des anciens âges qui nous montre le souvenir du vieux magnétisme de Deleuze et de Dupotet. C'est une dame âgée à qui M. Gibert a eu l'obligeance de nous présenter; elle a eu autrefois des accidents hystériques dans sa jeunesse et a été traitée par le magnétisme. L'hystérie et le somnambulisme ont semblé disparaître pendant longtemps, mais, à l'occasion de la ménopause, quelques accidents nerveux réapparaissent et avec eux la disposition au somnambulisme. Mlle P... nous permet de l'endormir. Quelle gravité et quelle dignité dans son somnambulisme! Elle est immobile, les yeux levés au ciel, elle parle toujours d'elle-même et de nous aussi à la troisième personne, au lieu de dire : « je vous aime bien » Mlle P... dit : « Elle l'aime bien, il a de bons sentiments ». Elle obéit aux suggestions de mouvement, mais non aux suggestions d'hallucinations. « Il est maître de son corps, non de son âme. » C'est une dignité sacerdotale.

Il ne faut pas oublier le somnambule scientifique : nous avions rencontré dans le service de M. Powilewicz un homme hystérique qui avait traîné dans divers hôpitaux de Paris et qui était venu échouer au Havre. Nous l'avions endormi et nous examinions un peu trop longuement peut-être une contracture qui s'était développée pendant l'état somnambulique. S... parut impatienté et murmura entre ses dents : « Ces élèves de province, ils ne savent même pas qu'on enlève une contracture en frappant les muscles antagonistes.... Monsieur, voulez-vous que je vous donne des leçons sur la paralysie hystérique? — Merci, mon ami. »

Il est bien clair que, dans ces cas et dans bien d'autres, les circonstances environnantes, les paroles des personnes présentes, plus sans doute que les suggestions proprement dites, ont formé peu à peu une véritable éducation du somnambule. La suggestion ne crée pas plus le somnambulisme que l'anesthésie, mais elle peut le transformer et modifier son aspect extérieur. « La préparation morale est tout en pareil cas, disait déjà Briquet : si on les prépare aux convulsions, les somnambules ont des convulsions; si on les prépare aux extases, elles ont des extases et, maintenant qu'il est d'usage de produire le somnambulisme, les magnétisés convenablement disposés n'ont que le somnambulisme[1]. » M. Hack Tuke, en 1881[2], expliquait bien des faits de la même manière, la plupart des auteurs modernes ont exprimé la même opinion.

Cette éducation ne fait que développer et modeler un phénomène psychologique qui existait déjà chez les malades. Nous croyons que l'on peut encore, non pas expliquer, mais résumer un grand nombre de faits par cette formule que nous proposions autrefois : « Si on laisse de côté, comme cela est naturel, les somnolences, les sommeils légers, etc., produits par la fatigue ou par l'ennui, dans

1. Briquet. *Op. cit.*, 413.

2. Hack Tuke. Hypnosis redivivus. *The Journal of mental science* janvier 1881.

lesquels on peut rencontrer de la suggestibilité comme pendant la veille, mais qui n'ont que peu de rapports avec l'état somnambulique, le somnambulisme est avant tout un état anormal pendant lequel se développe une nouvelle forme d'existence psychologique avec des sensations, des images, des souvenirs qui lui sont propres, capable dans certain cas de persister au second plan après le réveil et de se continuer sous la première existence la plus ordinaire[1]. » Le dédoublement de la personnalité, si manifeste dans certaines grandes observations de double existence, existe en réalité dans le plus simple des somnambulismes.

§ 5. — RAPPORTS DU SOMNAMBULISME AVEC LES AUTRES PHÉNOMÈNES DE L'HYSTÉRIE.

Le somnambulisme n'est pas seulement intéressant en lui-même, il se rattache si intimement à tous les autres symptômes de l'hystérie qu'il permet de les mieux comprendre.

Si on considère le somnambulisme proprement dit, il est facile de remarquer qu'il se produit presque toujours chez des sujets présentant déjà tout un ensemble de symptômes appartenant à l'hystérie. Les magnétiseurs qui connaissaient bien le somnambulisme l'avaient déjà remarqué. Despine y insiste à plusieurs reprises[2]. « Ce sont les maladies de nerfs et l'hystérie, disait aussi Noizet, qui fournissent le plus de somnambules artificiels[3]. » « On doit à M. Gendrin, disait d'autre part Briquet, d'avoir attiré l'attention des médecins sur ce fait connu déjà depuis longtemps, que la plupart des somnambules, dits magnétiques, sont des femmes hystériques[4]. » Plus tard,

1. *Automatisme psychologique*, 448.
2. Despine (d'Aix). *Op. cit.*, 86. — Despine (de Marseille). *Le somnambulisme*, 140.
3. Général Noizet. *Le somnambulisme*, 1854, 187.
4. Briquet. *Op. cit.*, 413.

M. Gilles de la Tourette[1], M. Babinski[2], M. Blocq[3], M. Laurent[4], développant l'enseignement de M. Charcot, ont énuméré tous les symptômes hystériques que l'on rencontrait chez les somnambules. Beaucoup d'auteurs étrangers arrivent aujourd'hui à la même conclusion : d'après M. Strumpell, « les états hypnotiques et les manifestations hystériques sont au fond étroitement unis[5] ». Pour MM. Breuer et Freud « les états hypnoïdes et les phénomènes hystériques sont unis par un lien étroit[6] ». « C'est parmi les hystériques, écrit M. Donkin, que l'on trouve le plus d'exemples du somnambulisme...; il est certain, d'après une expérience générale, que les êtres humains sont hypnotisables en proportion directe de leur instabilité nerveuse[7]. » Nous devons ajouter, si notre petite expérience peut avoir quelque intérêt, que nous n'avons jamais vu un somnambulisme même incomplet sans être contraint de constater tôt ou tard tout un ensemble de symptômes hystériques.

Nous avons insisté autrefois[8] sur une autre considération qui vient encore fortifier ce rapprochement, c'est que, chez beaucoup de malades, le somnambulisme naturel ou artificiel disparaît quand la maladie hystérique se guérit. Despine remarque chez Estelle que « la fusion des deux états de crise et de non crise (somnambulisme et veille) s'est opérée insensiblement tous les jours davantage[9] ». La plupart des auteurs qui ont décrit des cas de double existence constatent qu'à la fin de la vie des malades la

1. Gilles de la Tourette. *Hypnotisme et états analogues*, 1887, 55.
2. Babinski. Hystérie et hypnotisme, *Gazette hebdomadaire*, juillet 1891, 15.
3. Blocq. *Gazette des hôpitaux*, 23 janvier 1893.
4. Laurent. *Op. cit.*, 1892, 159.
5. Strumpell. *Op. cit.*, 18.
6. Breuer et Freud. *Op. cit.*, 7.
7. Donkin. Article *Hysteria* dans le *Dictionary of medical psychology*, de Hack Tuké, 626.
8. *Automatisme psychologique*, 343, 446.
9. Despine (d'Aix). *Op. cit.*, 61.

séparation des deux états diminue et l'unité se reconstitue[1]. Nous avons déjà montré qu'il n'est plus possible de provoquer le somnambulisme chez les hystériques quand elles sont guéries; nous avons depuis constaté plusieurs fois encore le même phénomène, il nous semble assez caractéristique. M. Charcot a donc eu raison de dire dès le début que le somnambulisme est un phénomène qui se développe chez des hystériques.

Si nous considérons maintenant les phénomènes particuliers qui entrent dans le somnambulisme, nous verrons que ces phénomènes sont directement en relation avec des symptômes hystériques. Il est inutile de rappeler, ce qui est évident, que l'amnésie post-somnambulique est une amnésie hystérique, absolument identique à ces amnésies localisées que les malades présentent à chaque instant. Il est plus intéressant de remarquer que la double existence, le somnambulisme complet, est une conséquence des stigmates hystériques. Quand on examine un sujet de ce genre pendant cet état, on constate que toutes ses sensibilités, tous ses souvenirs, tous ses mouvements sont absolument normaux. Cet état de somnambulisme complet est tout simplement la vie normale telle que ce sujet devrait la présenter continuellement s'il n'était pas malade. Mais il ne peut rester dans cet état, il se fatigue et s'endort comme Léonie ou Lucie, ou il s'épuise et délire comme Berthe, et d'une manière ou d'une autre, il retombe dans un état d'anesthésie, de rétrécissement du champ de conscience qui constitue sa maladie. C'est ce rétrécissement de la conscience qui amène l'amnésie de l'état précédent, et c'est cet état de veille qui est anormal et qui transforme les moments d'intelligence ordinaire en somnambulismes.

Pour éclaircir notre pensée, reprenons cette histoire de M... que nous avons déjà résumée; on peut la représenter par le graphique suivant. Lentement, sans que l'on s'en aperçût, cette jeune fille était devenue de plus en plus malade, elle

1. Weir Mitchell. *Op. cit.*, 11.

avait peu à peu perdu la sensibilité et la mémoire; on peut figurer cette étape par une ligne qui descendait bien au-dessous du taux de l'intelligence normale AB (fig. 5). Quand on l'a endormie en C, elle est remontée à une forme d'existence presque normale; par l'effet de la maladie, elle redescend peu à peu. D'abord elle semble se réveiller un peu dès qu'on la quitte et oublie ce qu'on vient de lui dire en l'endormant, puis deux jours après elle a encore un réveil, c'est-à-dire une chute dans un état d'anesthésie et d'amnésie hystérique plus profond, elle oublie les deux jours précédents. Ensuite elle redescend fort lentement.

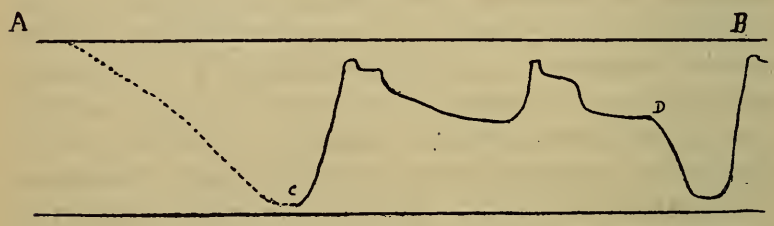

Figure 5.

Si on la laisse retomber ou si on la réveille en D, il y aura amnésie complète de toute la période précédente; si on l'excite, il y aura au contraire état psychologique plus complet et souvenir parfait des périodes précédentes. Ce sont ces chutes, ces retours à l'état d'anesthésie qui donnent aux périodes normales l'aspect de somnambulismes.

Chez d'autres sujets l'état somnambulique n'est pas déterminé directement par l'anesthésie, mais il est le développement de phénomènes subconscients, de rêves et d'idées fixes qui ont grandi en dehors de la perception personnelle; n'est-ce pas là encore un caractère de l'hystérie? Il ne se forme une seconde existence, ici incomplète, comme la première, que par développement de phénomènes qui sont en dehors de la conscience normale; et cet isolement de certaines pensées est encore un résultat du rétrécissement pathologique du champ de la conscience.

Un état particulier, l'hémi-somnambulisme a encore les rapports les plus étroits avec les phénomènes subconscients de l'hystérie. L'écriture automatique n'est possible que chez des individus ayant le bras droit totalement anesthésique ou capable d'une distraction momentanée extrême qui leur fasse ignorer les mouvements de leur main droite [1]. Cette anesthésie et cette distraction d'ailleurs ne doivent supprimer ni les mouvements ni les sensations élémentaires. Un auteur américain signalait récemment des phénomènes d'achromatopsie qui survenaient chez un médium au moment des séances spiritiques [2]. Où trouver de tels caractères si ce n'est dans l'hystérie?

Enfin il existe des phénomènes hystériques dont le somnambulisme se rapproche encore davantage : non seulement les longues périodes de la double existence, mais des états de durée très courte pendant lesquels le sujet paraît marcher ou agir automatiquement; ces fugues dont il ne se rend pas compte quand il semble se réveiller, ces rêveries interminables dont on ne peut que difficilement le tirer et qu'il ne peut expliquer [3], ces extases, ces catalepsies plus ou moins complètes, etc., ne sont que des degrés ou des formes variées du somnambulisme, des réapparitions plus ou moins complètes de la seconde existence; certains délires même dans lesquels le sujet crie, injurie, semble jouer un rôle, ne sont également pour nous que des somnambulismes modifiés par des influences particulières.

Mais on peut aller beaucoup plus loin et M. Charcot a établi depuis longtemps une notion que nous considérons comme essentielle pour l'interprétation de l'hystérie, ce sont les rapports étroits qui existent entre l'état somnambulique et l'attaque hystérique proprement dite. M. Charcot a montré que d'un côté l'attaque renfermait très souvent

1. William James. *Notes on automatic writing*, *Proceedings of the American Society for psychical research*, 1889, 549.

2. J. Edw. Purdon. *The psychical import of variable achromatopsia. from the transactions of* 1892.

3. Charcot. *Mal. du syst. nerv.*, I, 447. — Paul Richer. *La grande hystérie*, 301. — Pitres. *Op. cit.*, II, 235.

des phénomènes de nature somnambulique et que de l'autre les somnambulismes naturels ou provoqués étaient souvent précédés ou même accompagnés d'un grand nombre de symptômes appartenant à l'attaque. Le sujet continuait dans une attaque suivante les actes ou les rêves commencés dans la précédente, il avait dans le somnambulisme les mêmes strangulations, les mêmes contractures que dans l'attaque, enfin les procédés qui terminaient ou modifiaient l'une réussissaient également à terminer ou à modifier l'autre[1].

Nous croyons avoir ajouté quelques notions à cette étude faite à la Salpêtrière : les sujets, disions-nous, sont capables de percevoir les phénomènes extérieurs même pendant leur attaque, ils passent très facilement de la crise au somnambulisme ou réciproquement[2]; la mémoire, qui est ici si importante, présente dans ces deux états un caractère essentiel, elle est réciproque ; le malade, pendant l'attaque, se souvient bien du somnambulisme et ce n'est que pendant le somnambulisme qu'il retrouve nettement les souvenirs de l'attaque[3]. Voici une observation parmi beaucoup d'autres qui donne un exemple de ces faits. Quand Berthe est en attaque, je puis arrêter ses convulsions en mettant une main sur son front : elle me reconnaît, se calme et cause avec moi, elle a passé dans un état somnambulique. Dernièrement un élève du service la trouvant en convulsions, voulut essayer le même procédé : il lui mit la main sur le front, mais ne parvint pas à modifier l'attaque. Il quitta la malade encore en crise et ne parla pas de cet incident. Quelques jours plus tard, Berthe, que j'avais mise en somnambulisme, se mit spontanément à me rapporter cet incident que personne ne lui avait raconté, mais dont elle avait cependant le souvenir fort exact : « J'ai très

1. Charcot. *Op. cit.*, I, 447. Paul Richer. *La grande hystérie*, 310. Pitres. *Op. cit.*, II, 235.

2. *Automatisme psychologique*, 52.

3. Actes inconscients et dédoublement de la personnalité. *Revue philosophique*, 1886, II, 590. *Autom. psych.*, 87, 120, 448.

bien senti, disait-elle, que M. X. m'a mis la main sur le front. — Et pourquoi n'es-tu pas restée tranquille? — Parce que ce n'était pas vous. » Modification de la crise, perception pendant l'attaque, souvenir en somnambulisme, tous les faits les plus importants sont ici réunis.

Si nous ajoutons que des attaques d'hystérie peuvent être provoquées à la suite de tentatives d'hypnotisation[1], que des attaques peuvent être remplacées par des somnambulismes, qu'elles peuvent se modifier par les suggestions, les exemples, les idées fixes, comme les états seconds, nous pourrons conclure en rappelant la parole de Mesmer et de Deleuze : « La plupart des maladies nerveuses,... des folies, la catalepsie, ne sont qu'un somnambulisme imparfait et dégénéré[2] ». Le somnambulisme se rattache donc d'une manière étroite à tous les phénomènes de l'hystérie.

Nous croyons que l'on peut être encore plus affirmatif : le somnambulisme est précisément caractérisé par le même phénomène qui se retrouve au fond de tous les symptômes hystériques, la désagrégation de l'esprit, le dédoublement de la personnalité. Non seulement il coïncide en fait avec l'hystérie, mais, si l'on peut s'exprimer ainsi, il se rattache aussi en droit à cette maladie. Il en est de même des écritures subconscientes, des phénomènes médianimiques; ces faits présentent en eux-mêmes ce qu'il y a d'essentiel dans l'hystérie.

Il est bon de s'entendre sur les termes et de parler un langage précis, même quand on se trompe. Pour nous, cette division de la personnalité qui se manifeste chez le somnambule et le médium, c'est précisément ce que nous appelons hystérie, parce qu'elle se retrouve dans tous les phénomènes que l'on considère comme hystériques.

1. Georges Guinon. *Les agents provocateurs*, 29.
2. Deleuze. *Histoire du magnétisme*, II, 18.

CHAPITRE V

LES DÉLIRES

Bien que la plupart des symptômes hystériques soient le résultat de certains désordres intellectuels, ils ne constituaient pas d'ordinaire des délires proprement dits. La perception des objets extérieurs, des relations sociales semblait rester suffisamment correcte pour permettre au malade de vivre de la vie commune. Les illusions et les rêves semblaient se développer à part en dehors de la conscience et ne la troublaient que médiocrement. « Les hystériques, disaient MM. Breuer et Freud, sont raisonnables dans leur état éveillé et aliénés dans leur état hypnoïde[1]. »

Cette distinction délicate va-t-elle subsister toujours? N'est-il pas vraisemblable que de temps en temps les troubles intellectuels grandissent un peu et altèrent assez la conscience pour troubler ses relations, sa « correspondance » avec le milieu extérieur et le milieu social, altération qui constituera un véritable délire. Sans aucun doute, des délires se rencontrent et même très fréquemment chez les malades hystériques, mais leur étude présente une grande difficulté. Ces délires sont-ils accidentels, consécutifs à une autre maladie mentale qui peut fort bien se surajouter à l'hystérie, ou sont-ils le développement de la maladie hystérique elle-même ? L'étude de cette question à propos de tous les délires qui peuvent se présenter chez des hystériques nous forcerait à passer en revue toute la pathologie mentale. Pour essayer d'échapper à ce danger, nous nous bornerons à décrire les délires qui semblent être le développement naturel de certains symptômes hystériques

1. Breuer et Freud. *Op. cit.*, 8.

déjà connus ; nous chercherons ensuite d'une manière générale quelle place ces délires doivent occuper dans la maladie.

§ 1. — EXAGÉRATION DE L'ABOULIE. — CONFUSION MENTALE.

Tous les stigmates hystériques dépendent d'une insuffisance psychologique qui se manifeste, comme on l'a vu, par les troubles de l'attention et de la volonté, par la distraction, l'amnésie continue, etc. Il est vrai que d'ordinaire la synthèse mentale est très diminuée, mais non supprimée : le malade perçoit peu, oublie beaucoup, agit mal, mais, dans une certaine mesure, il perçoit, se souvient et agit. Cette faiblesse amène des troubles intellectuels, distractions, doutes, étonnements en présence des objets nouveaux, erreurs de mémoire, etc., mais elle ne va pas d'ordinaire jusqu'au délire proprement dit.

Cette aboulie peut grandir à certains moments et se manifester par des troubles beaucoup plus accusés de l'intelligence. Pendant les quelques heures qui précèdent l'attaque et quelquefois pendant une journée entière, Marguerite devient comme stupide, elle ne fait plus rien, ou marche au hasard, elle répond tout de travers aux questions et même, une fois, elle est restée tout interloquée quand je lui demandais son nom. Elle essaye de comprendre et de répondre, n'y parvient pas ; alors elle se fâche, frappe du pied et gesticule : « C'est trop fort, je suis embarrassée pour dire mon nom..., tout s'embrouille..., est-ce que je rêve... quoi... je n'en sais rien... je pense un tas de choses, toute ma vie, tout défile.... Qu'est-ce que vous me voulez ? Comme il fait noir dans ma cervelle ! » Ce n'est pas, comme on voit, l'inintelligence complète, mais c'est un trouble de perception bien plus fort que son aprosexie ordinaire. Nous constatons des phénomènes analogues chez Berthe et chez Renée, avec cette différence que, chez cette dernière, cette exagération de l'aboulie se manifeste plutôt

après les attaques. On constate même chez cette malade des interprétations délirantes de son état qui sont particulièrement curieuses : « C'est stupide, dit-elle, j'ose à peine le dire, il me semble que je suis morte. » Une autre, Mus., qui, dans les mêmes circonstances, est également incapable de comprendre et de répondre, interprète singulièrement son état : « Je suis bête, bonne à rien.... Je suis comme une criminelle que l'on va punir.... » Nous voici bien près d'un délire.

On sait que les hystériques sont, en général, fort indifférentes, elles répètent volontiers des émotions anciennes, mais elles sont incapables de former des émotions nouvelles en rapport avec la situation présente[1]. M. Sollier insiste sur cette indifférence chez les anorexiques qui se nourrissent très insuffisamment. « L'indifférence n'existe plus seulement dans l'ordre intellectuel, mais dans l'ordre moral ; leurs familles s'étonnent souvent de les voir supporter, sans jamais rien manifester, sans joie et sans douleur, sans rires et sans larmes, les événements gais ou pénibles qu'on leur annonce[2]. » J'ai vu, dans les mêmes circonstances, cette indifférence étonner les malades elles-mêmes. « J'ai bien changé, disait Lec., je n'ai même plus la force de détester mon mari, on dirait que toutes les personnes me sont sorties de l'idée. » L'absence d'émotion se joint à l'absence de perception pour constituer un état mental de plus en plus près de l'aliénation.

Ces symptômes peuvent augmenter encore, supprimer à peu près complètement toute synthèse mentale et plonger le sujet dans un état de stupeur complète. Cet état de *psychasthénie aiguë* a été décrit sous bien des noms, aujourd'hui il est surtout connu en France sous le nom de « confusion mentale ». M. Chaslin a surtout insisté sur la confusion mentale primitive qui se produit à peu près subitement chez un sujet jusque-là bien portant, au moins en apparence[1]. Celle qui se produit chez les hystériques

1. *Stigmates mentaux*, 215.
2. Sollier. Anorexie. *Revue de médecine*, 1891, 627.

n'est pas de ce genre, puisqu'elle n'est que l'exagération momentanée d'une faiblesse mentale antérieure. Elle a cependant, à notre avis, à peu près les mêmes caractères. L'observation suivante, rapportée en résumé, fera connaître mieux qu'une description cet accident.

Deni., âgée de 20 ans, présente des antécédents héréditaires assez nets. Sa mère est une hystérique qui a eu des attaques de 15 à 27 ans, son oncle maternel est bizarre et peu intelligent, son père est mort de tuberculose pulmonaire à 30 ans. Cette jeune fille elle-même a eu la rougeole dans l'enfance et une fièvre typhoïde très grave à 13 ans. Depuis, son intelligence et surtout sa puissance d'attention sont restées très affaiblies ; elle travaille bien, devient même une excellente ouvrière dans un atelier de modes, mais ne réussit qu'avec une application et une peine énormes. « C'est vrai, disait-elle à sa mère, j'arrive à bien faire, mais cela me coûte trop, tu ne te figures pas ce qu'il me faut souffrir pour faire attention et comprendre, ce n'est pas naturel. » Ces excès de travail la rendent impatiente et peu maîtresse d'elle-même; à la suite de contrariétés légères, elle eut deux attaques de chacune 20 minutes, avec contorsions, trismus, contractures. Plus récemment, quelques émotions, une tentative de séduction la bouleversent, elle rentre chez elle fort agitée, parlant à tort et à travers de messieurs qui voulaient l'enlever et d'une expédition qu'elle veut faire en Angleterre pour diriger un grand magasin. Elle ne délire pas complètement, les faits sont vrais, mais elle les complique et les exagère. Après quelques jours d'une agitation semblable, elle a encore, à plusieurs reprises, une attaque de convulsions et de contractures. Le médecin de la famille et M. Gilles de la Tourette diagnostiquent avec netteté des attaques d'hystérie. On la conduit à la Salpêtrière où nous pouvons l'examiner deux jours après la dernière attaque.

1. Ph. Chaslin. La confusion mentale primitive. *Annales médico-psychologiques*, sept.-oct. 1892.

La malade est couchée, immobile, très indifférente à ce qu'on lui fait; le visage est étonné, ahuri, plutôt que délirant. En insistant, je puis la décider à se lever et à me suivre; elle obéit docilement et même bêtement, car elle me suit partout, même quand je me déplace dans la chambre. En l'examinant, je ne puis trouver *aucun stigmate d'hystérie*, mais je constate la plus grande confusion dans les idées et surtout dans les perceptions : « Qu'est-ce qui m'est arrivé? dit-elle en réponse à mes questions très répétées, mais je n'en sais rien du tout..., j'étais à l'atelier, je travaillais, pourquoi est-ce que je n'y suis plus?... Où suis-je ici?... quelle est cette chambre?... je ne comprends pas, j'ai la tête vide.... Vous êtes bien Monsieur F., vous êtes bien le frère d'André, n'est-ce pas?... Cette demoiselle (la surveillante), c'est Mlle M..., n'est-ce pas? Est-ce que je suis toujours Deni...? Peut-être. Mais c'est drôle, je ne sais plus rien, c'est d'un vide dans ma tête, je ne m'y retrouve plus du tout. » C'est bien l'aprosexie complète, avec défaut de perception, perceptions fausses, amnésie continue, etc. Le seul fait qui rend cette observation plus curieuse que les autres, c'est que cet état est resté le même sans modifications, deux mois et demi.

Pendant cet intervalle, la malade a eu de temps en temps quelques rêves, les uns ayant un rapport vague aux incidents du début; elle s'agitait et criait : « On va m'emmener bien loin... je serai une grande dame, je suis la fille à Boulanger, etc. »; les autres, de couleur mélancolique, ressemblent aux interprétations des perceptions fausses que nous avons déjà signalées : « Oh! comme je suis sale... tu prends mes mains, tu n'es pas dégoûté. Pourquoi as-tu cet air triste?... je ne veux pas rester dans une maison où tout le monde a l'air triste. » Une fois elle a eu une colère bizarre, elle jouait avec un porte-plume qu'elle avait pris et s'est mis en tête de l'enfoncer dans la main de ceux qui approchaient : on a eu quelque peine à le lui enlever. De temps en temps, surtout quand elle s'agitait,

elle semblait étouffer et serrait les dents comme au début d'une attaque. Mais tout cela était très exceptionnel, elle restait en réalité tout le temps immobile et très docile, dans un état de stupidité complète. Elle se portait bien d'ailleurs, mangeait convenablement et n'a pas semblé s'amaigrir; toutefois il faut remarquer que, dans les derniers temps de la maladie, elle mangeait plus et engraissait notablement.

Vers la fin du troisième mois, elle eut de temps en temps, dans la journée, des moments de lucidité, elle reconnaissait les gens, se rappelait sa vie antérieure, non son délire ni sa période de stupeur dont le souvenir n'est jamais revenu, elle consentait à travailler et à coudre un peu. Dans ces instants passagers, j'ai remarqué une chose très intéressante, elle était *hémianesthésique du côté gauche*; cette hémianesthésie disparaissait dans les périodes de stupeur (je ne parle pas du champ visuel, il a été, malgré mes efforts, très difficile à mesurer chez une pareille malade). Elle a quitté l'hôpital à demi rétablie. J'ai appris depuis que la stupeur a complètement disparu, mais que la malade a des crises d'hystérie et des idées fixes, en particulier des idées érotiques comme s'il était resté quelque chose de l'incident initial.

Encadrée ainsi entre des symptômes nettement hystériques, cette confusion mentale paraît se rattacher à l'hystérie. D'ailleurs, elle ne doit pas nous surprendre, elle n'est que le développement d'un symptôme psychologique que nous avons rencontré à un degré plus ou moins élevé chez beaucoup d'autres malades. Nous sommes disposé à croire avec M. Charpentier que des phénomènes de ce genre ne sont pas en eux-mêmes bien spécifiques et qu'ils peuvent se rencontrer au cours de beaucoup de maladies mentales[1].

1. Charpentier. La confusion mentale. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 4 février 1892.

§ 2. — EXAGÉRATION DES PHÉNOMÈNES AUTOMATIQUES. LE DÉLIRE MANIAQUE.

Les hystériques rêvent énormément pendant la nuit et même pendant le jour; dans les attaques, dans les extases, dans les somnambulismes, elles jouent ou elles parlent leurs rêves. Mais ces rêves ont ordinairement deux caractères : 1° ils ont lieu dans des états anormaux ou d'une manière subconsciente; ils troublent la pensée normale en diminuant la force disponible de l'attention. mais ils ne se mêlent pas avec elle. 2° Ils roulent d'ordinaire sur un petit nombre de sujets toujours les mêmes. Le rêve peut augmenter dans diverses circonstances, se compliquer à propos de tous les plus petits incidents et se mêler à la perception normale. Le malade, qui déjà est incapable par son aboulie de comprendre nettement les choses, va confondre les sensations, les souvenirs et les rêves dans un délire inextricable.

Examinons la gradation de semblables phénomèmes, des hystériques qui semblent raisonnables et qui ne sont pas considérées comme délirantes présentent souvent cette exagération du rêve. Barb., sortie de la Salpêtrière, en garde un souvenir très vif, elle rêve de l'hôpital la nuit et le jour elle croit rencontrer dans la rue des personnes qu'elle y a vues et s'arrête pour leur dire bonjour. Souvent, dans la soirée, ou dans les heures qui suivent une attaque, Berthe se met à rêver tout haut. Elle reste cependant dans un état de veille et mélange les rêves avec les perceptions normales, elle voit ses parents qui dansent dans la flamme de la lumière, elle leur raconte mille histoires et se met à grimper à une colonne pour chercher « un bonhomme qui est suspendu en haut ». Quand on cause avec elle pendant un de ces moments on constate une excitation toute particulière. Elle remue tout le temps et parle avec volubilité sans interruption. Ses actes et ses paroles paraissent au premier abord

absolument désordonnés et incohérents; ils sont déterminés en réalité par toutes les petites impressions qui frappent ses sens et par les associations d'idées qu'elles déterminent. Aucun effort d'attention pour arrêter une sensation, pour choisir une série d'idées, c'est l'automatisme pur de toutes les images qui se heurtent et s'interrompent réciproquement. C'est le langage télégraphique des maniaques dont parlent M. Falret et M. Magnan[1] : « Oh! ce papier rose, je vais faire une robe à ma poupée, je l'emportais toujours en voyage, Saint-Cloud ne vaut pas le bord de la mer.... Oh! cette ficelle, laissez-moi tirer la mécanique, tiens qu'est-ce que vous avez dans ce bocal, c'est ma tante, Dieu qu'elle est laide... cette dame a l'air de revenir de confesse, vous savez je n'y vais jamais,... comme il y a des mouches ici, elles ont de grandes ailes avec des diamants dessus, oh! Maxime il est vif comme un escargot, regardez donc ses cornes, etc., etc. » Ce bavardage dure des heures; pendant tout ce temps elle n'est pas précisément sans conscience de ce qu'elle fait. Elle reconnaît bien les gens, elle m'écoute un peu et m'obéit un moment si je lui parle avec sévérité; elle reconnaît qu'elle est ridicule et promet de se mieux tenir, mais elle recommence au bout de quelques minutes. On peut remarquer un fait assez singulier à propos de cette excitation de Berthe, c'est que cet état plus ou moins fort se prolonge pendant plusieurs jours et qu'il alterne avec un état de confusion mentale et de tristesse qui remplit ensuite une quinzaine de jours. Il semble qu'ici chez une hystérique il y ait une ébauche de délire circulaire.

Chez d'autres malades, ce même état est encore plus accusé; P., âgée de 25 ans, avait d'ordinaire des attaques assez courtes, depuis un mois elle n'a pas eu d'attaques; mais elle est continuellement jour et nuit dans un état d'agitation plus fort encore que celui de Berthe. L'excitation de Célestine est plus dangereuse, car la malade est continuellement hallucinée, elle entend qu'on l'injurie et voit

1. Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1873, 386.

des hommes et des chevaux qui se battent, qui saignent, elle serre les poings et serait capable de frapper; ce délire ne se prolonge chez elle que peu de temps; il se termine au bout d'une heure par l'attaque. Merc. a été chloroformisée pour une petite opération, elle s'est réveillée tout étourdie et riant aux éclats. Depuis elle est restée pendant trois semaines dans un état d'excitation, elle ne délire pas précisément, seulement elle rêve tout haut, parle sans cesse, fait mille folies et ne peut arriver ni à se taire ni à dormir. Détail particulier, elle peut comme Berthe être endormie par suggestion même au milieu de son excitation; ses rêveries automatiques sont également arrêtées par suggestion, elles reprennent cependant leur cours au bout de quelques heures. Remarquons que, chez les malades précédentes dont l'excitation peut encore être arrêtée et réglée, les stigmates hystériques persistaient; d'autre part le délire était momentané; il disparaissait comme une attaque. Il n'en est plus de même si nous arrivons à l'étude d'accidents plus graves.

On rencontre souvent des délires hystériques assez permanents chez les enfants[1]; M. Jolly a récemment insisté sur ces petits malades qui commettent mille sottises et semblent jouer la comédie devant leurs parents épouvantés[2]. Beaucoup d'auteurs, Briquet, Marcé, Morel, J. Falret, Grasset, Kraft-Ebing, Schüle ont constaté que les hystériques même adultes pouvaient avoir des délires à forme maniaque très prolongés et sans rapport précis avec l'attaque. Constatons d'abord les faits avant de chercher à les interpréter. Par., âgée de 17 ans, présente des antécédents héréditaires très graves : grand'mère maternelle hystérique, grand-oncle maternel aliéné, mère hystérique, père hystérique, tante paternelle bizarre obsédée. Dans son enfance, Par. était très gaie et très vive, elle paraissait intelligente mais ne pouvait apprendre que très difficilement. Quand elle fut réglée à l'âge de 14 ans, elle devint nonchalante et triste,

1. Gilles de la Tourette. *Op. cit.*, 545.
2. Jolly. *Ueber Hysterie bei Kindern.*

elle semblait préoccupée et devenait de plus en plus incapable de comprendre et de retenir ce qu'on lui enseignait. A 16 ans elle est prise d'une toux nerveuse qui n'arrêtait ni jour ni nuit et qui avec des rémissions se prolonge plus d'un an. Cette année, à la suite d'une émotion et de petits ennuis, elle est prise de douleurs d'estomac, de vomissements incoercibles et d'attaques convulsives. De temps en temps elle commençait à déraisonner, elle s'effrayait surtout de la moindre chose, se mettait à trembler et disait qu'on allait lui couper le cou, qu'il fallait se sauver chez les voisins, etc. Le médecin qui l'a examinée à ce moment a constaté de l'hémianesthésie gauche et a réussi à l'hypnotiser, il pouvait lui faire des suggestions et lui rendre le calme pendant plusieurs heures. Cependant les accidents convulsifs ont disparu et le délire s'est développé; on se décide à la conduire à la Salpêtrière.

C'est une petite jeune fille qui au premier abord paraît intelligente et ne semble pas délirer, elle comprend les questions et répond assez bien. Nous ne pouvons constater aucun stigmate d'hystérie et nous n'avons jamais vu chez elle un état somnambulique ni un acte subconscient. Ce qui semble la caractériser, c'est qu'au milieu d'actes et de paroles sensées, elle mêle sans cesse des absurdités, des rêves. Elle ne veut pas me laisser regarder un de ses bras autour duquel elle a cousu un ruban noir « pour l'empêcher d'être crucifiée » ; au milieu d'une phrase elle s'arrête, ferme les yeux et tire la langue, ou bien elle cesse de répondre et répète un mot très vite et indéfiniment : « J'ai faim...; j'ai mal au cœur, » ou elle récite une fable. Tout d'un coup elle se couche par terre et se déshabille; quand elle est couchée dans son lit, elle sort des draps et se met à gâter au milieu de la couverture. Pendant des journées entières, elle prend un tic, elle se suce la lèvre, ou bien met deux doigts en croix et ne veut plus les bouger. Enfin quand on la laisse livrée à elle-même, elle remue constamment, bavarde indéfiniment en répétant pendant des heures la même phrase sur un ton emphatique, comme dans la

verbigération. « Je suis assurée, je suis assurée contre la vie, contre la mort. » Pour terminer l'observation, nous devons dire que cet état a subsisté sans grande modification pendant près de sept mois; la malade a paru rétablie momentanément pendant quelques mois, mais restait peu intelligente. Un second accès du même genre a amené très rapidement un état d'affaiblissement intellectuel que l'on peut considérer comme avant-coureur de la démence précoce. Cette terminaison fatale est bien d'accord avec l'enseignement de notre excellent maître M. J. Falret qui considère ce genre de délire, décrit le plus souvent sous le nom de délire hystérique, comme très grave et de pronostic beaucoup plus sombre qu'on ne le croit généralement.

Nous remarquons dans l'observation précédente la plupart des caractères que des aliénistes comme Moreau (de Tours), Falret ont décrits dans la manie des hystériques; « un délire qui porte sur les actes encore plus que sur les paroles, des impulsions variées, une sorte d'automatisme ambulatoire plutôt qu'une agitation incoordonnée[1] », des actes extravagants qui semblent faits exprès pour attirer l'attention; en même temps, une succession rapide de rêveries variées, inspirées par les faits environnants ou rattachées à quelque obsession dominante. Les sujets habituels des divagations de Par. étaient surtout les préoccupations religieuses; d'autres malades, comme on l'a remarqué, ont surtout des préoccupations érotiques, mais ce sont là des idées très variables. Il faut noter cependant une différence, cette malade, au moins pendant le temps où nous l'avons examinée, ne nous a pas semblé avoir d'hallucinations bien nettes. Les hystériques qui délirent, ainsi qu'on l'a vu par les exemples précédents, ont au contraire des hallucinations particulièrement vives de tous les sens et, c'est dans le délire hystérique et dans les délires toxiques que les hallucinations visuelles sont le plus nettes. D'autres caractères sont, au contraire, conformes à la description classique.

1. Sollier. *Guide pratique des maladies mentales*, 1893.

Le malade se rend compte au moins en partie de son état[1] et se plaint que sa tête est vide, qu'elle ne comprend plus bien, « je ne suis plus semblable à ce que j'étais, je n'ai plus ma tête. » Elle est incapable d'aucune attention et n'a presque aucune mémoire. Ce sont là des caractères qui rappellent d'une façon assez vague l'hystérie précédente. Un état de ce genre se rattache, comme on l'a vu, aux phénomènes hystériques, mais il constitue évidemment une transformation considérable de la maladie.

§ 3. — EXAGÉRATION DES IDÉES FIXES. LE DÉLIRE SYSTÉMATISÉ.

Les idées fixes, si fréquentes et si importantes chez les hystériques, sont d'ordinaire isolées dans leur esprit; soit qu'elles constituent des attaques, soit qu'elles se développent d'une façon subconsciente, elles ne troublent pas toute la pensée des malades. Cependant il est facile de comprendre que le voisinage de ces idées fixes, de ces parasites, est fort dangereux pour la conscience normale et, que dans bien des circonstances, des troubles généraux de toute la pensée puissent être le résultat du développement des idées fixes.

Déjà, dans les plus simples, l'hystérique peut rester plusieurs jours obsédée par des souvenirs plus ou moins vagues qui subsistent après le délire de l'attaque[2]. M. Charcot rapporte le cas d'un hystérique qui, après une crise où il croit avoir été mordu par des animaux, examine ses bras pour y chercher les traces des morsures qu'il croit avoir subies[3]. M. Colin rapporte aussi le cas d'un individu qui se mord lui-même à la main, puis ne peut le croire et, pensant qu'il a été mordu par un chien enragé, va chez M. Pasteur[4]. Beaucoup de malades font ainsi des actes ab-

1. Régis. *Manuel de médecine mentale*, 1892, 490.
2. Gilles de la Tourette. *Op. cit.*, 495.
3. Charcot. *Op. cit.*, III, 262.
4. Colin. *État mental des hystériques*, 1890, 30.

surdes à la suite d'une attaque ou d'un rêve. Maria va à la Morgue et Mme D. veut absolument entrer à l'amphithéâtre parce qu'elles ont rêvé au suicide. Ce ne sont encore là que des actes isolés mais déjà déraisonnables.

Les choses s'aggravent quand nous constatons une modification générale de l'état moral, des sentiments et de la cœnesthésie. Certains malades ont des tristesses, des états mélancoliques qu'ils ne peuvent expliquer et qui résultent des idées fixes. Voici un fait qui n'est pas absolument spontané mais qui est très net. J'avais provoqué le somnambulisme chez Mme D. pour chercher à modifier l'une de ses idées fixes ; la résistance de la malade fut très grande et pour la vaincre, je fis semblant de me fâcher et je déclarai à Mme D. que je ne voulais plus m'occuper d'elle. Cette petite scène eut au premier abord un bon résultat, car la malade devint plus docile, et quand je la réveillais elle paraissait absolument calme. Trois jours après j'apprends que Mme D. est, depuis que je l'ai vue, complètement changée ; elle pleure constamment, gémit, se sent dans un état d'angoisse et quand on veut la consoler elle répond : « Mais qu'est-ce que j'ai donc ? je suis désespérée comme s'il m'était arrivé un malheur, comme si j'avais commis un crime ; qu'est-ce qu'il m'est donc arrivé ? » Il suffit de la rendormir pour constater le rôle que jouait dans ce désespoir le souvenir subconscient de la scène précédente, la réconciliation pendant le somnambulisme suffit pour faire tout disparaître. Des faits de ce genre se produisent bien souvent naturellement : c'est le souvenir de sa femme qui produit, sans qu'il s'en doute, la tristesse et même le mutisme de Pasq., c'est le souvenir obsédant de sa mère qui provoque les désespoirs de Berthe ; j'ai déjà, en parlant des idées fixes, fait allusion aux remords d'Isabelle. Quand M. Charcot nous décrit un hystérique traumatisé « morne, presque stupide[1] », je suis disposé à croire qu'il s'agit d'un fait du même genre. Cette mélancolie peut s'ajouter aux doutes et aux amnésies que provoqueraient déjà les idées

1. Charcot. *Op. cit.*, III, 455.

fixes, mais ici le phénomène provoqué n'est plus un stigmate, il se rapproche des délires.

Le trouble peut être plus grave et modifier non seulement les sentiments, mais l'intelligence elle-même et toute la conduite. Revenons à ce propos sur certaines modifications du caractère des hystériques qui nous semblent être dues uniquement à l'existence méconnue de quelque idée fixe. J'ai refusé de considérer le mensonge comme un stigmate général de l'esprit des hystériques, mais je reconnais, dans certains cas, son existence. Voici une observation qui permet, je crois, de comprendre comment il se présente souvent. Une jeune femme Gab., âgée de 20 ans et déjà hystérique, s'était laissée entraîner, à la suite de circonstances assez particulières, à tromper son amant. Aussitôt après, elle eut de gros remords et résolut de tout faire pour cacher sa faute, ce qui lui fut au début assez facile. Mais il y eut à partir de ce moment deux modifications dans son état mental : d'abord elle perdit un sens spécial qu'elle possédait jusque-là fort bien et devint complètement frigide, ensuite elle se mit à dissimuler toute sa conduite. De jour en jour elle mentait davantage, d'abord en parlant à son amant, ensuite même en parlant à des étrangers. Toutes les personnes qui la voyaient s'en aperçurent avec stupéfaction, car elles ne lui connaissaient pas ce défaut. Elle mentait continuellement même pour les choses les plus insignifiantes, même à la concierge de sa maison qui la trouvait folle. Un beau jour elle n'y tint plus. Au milieu d'une attaque de cris et de sanglots elle avoua toute l'affaire à son amant; le pardon fut obtenu et à partir de cet instant Gab. retrouva comme par miracle le sens qu'elle avait perdu et cessa complètement de prononcer le plus petit mensonge. Une autre malade, X..., ment tout le temps depuis qu'elle est mariée, est-ce parce qu'elle est hystérique? Mais elle est hystérique depuis longtemps et ne mentait pas avant son mariage. C'est parce qu'elle a cherché et cherche encore à dissimuler la haine qu'elle a pour son mari, et cette haine vient de ce que celui-ci lui a donné

la blennorrhagie le soir de ses noces, voilà la vérité médicale. M. Krafft-Ebing, quand il niait le caractère général de simulation attribué à l'hystérique, montrait aussi que le penchant au mensonge et dans quelques cas au vol dépend de circonstances tout accidentelles[1]. M. Jolly analyse aussi fort bien le mensonge des enfants hystériques; il montre comment se développe une disposition naturelle à l'enfance à l'occasion d'une faute ou d'un châtiment[2]. Le mensonge des hystériques, quand il n'est pas un défaut individuel ou une erreur du médecin[3], est pour nous un délire systématisé provoqué par une idée fixe[4].

Il en est de même pour l'érotisme : il se rencontre assez rarement il est vrai, mais il peut être extrêmement dangereux par les actes et les dénonciations qu'il inspire aux malades; c'est un délire spécial dont il n'est pas toujours impossible de trouver le point de départ. Cher. appartient à une famille singulièrement prédisposée aux troubles mentaux : père bizarre, obsédé, alcoolique, tante paternelle imbécile, mère hystérique, grand'mère maternelle aliénée, deux oncles maternels dipsomanes. Cher. est la dernière de 15 enfants, les 7 premiers morts en bas âge de convulsions, le 8e aliéné, persécuté, le 9e imbécile, le 10e hystérique, le 11e neurasthénique, le 12e dipsomane, le 13e dipsomane, le 14e dipsomane, le 15e Cherc. hystérique. Celle-ci a déjà présenté de 15 à 20 ans tous les accidents possibles de l'hystérie. Sur un terrain ainsi préparé, le plus léger accident va faire naître une idée fixe qui envahira bien vite toute la conscience. Un jeune homme lui a parlé d'une manière fort convenable, puisqu'il l'a demandée en mariage à son père ; c'est assez, la voici préoccupée : « on la touche, on lui fait des pattes d'araignée sur le ventre, on lui dit des horreurs et on lui montre devant la figure ce qu'on ne

1. Krafft-Ebing. *Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus*, 1893, 4.
2. Jolly. *Hysterie bei Kindern*, 9.
3. Charcot. *Op. cit.*, III, 432.
4. Cf. *Stigmates mentaux*, 226.

devrait pas lui montrer ; après tout, elle est résignée et va prochainement accoucher d'un enfant sale par le derrière et d'un autre par le côté, puis on la guillotinera et l'hôpital où on l'emmène est une prison.... » Cette malade a encore ses stigmates hystériques faciles à constater. Chez beaucoup de femmes la moindre préoccupation amoureuse amène un langage et des attitudes impudiques, on le constate souvent chez des jeunes mariées. Chez l'hystérique la préoccupation grandit en hallucination et en délire.

Parmi ces délires les plus fréquents et ceux qui peuvent avoir pour la malade les conséquences les plus funestes, sont ceux qui provoquent le refus d'aliments et que l'on range souvent sous le nom un peu vague d'anorexie ou de sitieirgie[1]. Les délires qui amènent ce résultat sont très variés et demanderaient une étude spéciale que nous ne pouvons faire ici. Isabelle refuse de manger parce qu'elle a un souvenir subconscient du délire de l'attaque, Marcelle parce que pendant l'attaque elle sent une voix intérieure qui lui défend de manger. Nous avons vu une jeune fille, Br., amenée trop tard à l'hôpital pour pouvoir être sauvée, mourir de faim parce qu'elle avait rêvé trop longtemps « aux vilains navets de la pension ».

Enfin il nous reste à insister sur les idées de haine et les idées de persécution qui peuvent se développer jusqu'à former de grands délires à évolution chronique. Voici un fragment d'une lettre que Th. écrivait à une de ses amies. « Il n'est peut-être pas de souffrance si horrible que la mienne.... Je voudrais aimer ma fille, je l'ai aimée, adorée et maintenant cela m'est impossible, je n'ose m'exprimer ainsi, je la hais. Oh! ne me méprise pas pour cela, je me rends compte que ce ne sont pas les sentiments d'une mère, je tâche de les repousser, mais je n'y parviens pas; au contraire, cette haine semble s'enraciner dans mon cœur... une mère qui n'aime pas son enfant est un monstre.... Pauvre petit être, je voudrais t'aimer et tu n'es pour moi

1. Sollier. Anorexie hystérique. *Revue de médecine*, 1891, 629.

qu'un objet de répulsion. » Tout cela était dû à une querelle entre Th. et son mari à propos de la belle-mère; le petit enfant qui venait du mari était détesté par association d'idées. Th., réconciliée avec son mari, retrouva tous ses sentiments maternels. On a remarqué que les hystériques détestent surtout parmi leurs enfants celui qui ressemble le plus au père; ce n'est pas là un trait du caractère des hystériques, c'est un accident fréquent à cause des conditions de la vie conjugale. Avec qui une femme est-elle exposée à se disputer le plus souvent si ce n'est avec son mari?

Quelquefois des incidents de ce genre amènent chez les malades des idées de vengeance, plus souvent des rêves de persécution. Nous les avons déjà constatés chez Berthe à plusieurs reprises, les voici chez d'autres malades. Is... ne peut plus tolérer les petits enfants, elle prétend qu'ils la tourmentent continuellement et les repousse avec fureur; elle quitte sa famille et même change de domicile pour ne pas rencontrer d'enfants. C'est le résultat d'un rêve absolument subconscient relatif à son accouchement clandestin, ainsi qu'on le vérifie très facilement quand elle est en somnambulisme. Marcelle surtout, pendant ses crises, rêve que « ses frères lui en veulent.... Ma mère n'est pas ma mère, mes frères ne sont pas mes frères; ils m'ont enfermée pour me dépouiller..., etc.[1] ». Maz. gémit d'une façon plus monotone parce que « tout le monde lui en veut, tout le monde la méprise ». Il s'agit toujours d'un petit incident qui a été le germe d'un délire. Beaucoup d'auteurs ont signalé des idées de persécution de ce genre épisodiques chez des hystériques. M. Séglas décrit en particulier une malade qui explique par les persécutions des curés et par le poison qu'on lui fait prendre toutes ses douleurs dues à des hyperesthésies hystériques.

Cependant chez tous ces malades comme nous le remarquions autrefois, « les idées de persécution n'ont aucunement la cohérence et la cohésion qu'elles ont chez les per-

1. Aboulie et idées fixes. *Revue philosophique*, 1891, I, 278.

sécutés vrais. Quand Marcelle parle de ces idées pendant le somnambulisme, elle les affirme avec entêtement, mais ne peut aucunement les expliquer. Elle n'invente pas de raison pour expliquer cette haine universelle, et elle dit à peu de moments de distance, sans se soucier de la contradiction, « que tout le monde lui en veut dans l'hôpital et que tout le monde est très bon pour elle », elle ne paraît même pas comprendre elle-même la valeur de ses phrases. « Vous aussi vous m'en voulez, me dit-elle. — Vous croyez que je veux vous faire du mal? — Non je sais bien que vous ne le voulez pas. — Vous avez peur de moi? — Mais non, puisque je viens avec vous toute seule et que cela ne me fait rien. — Alors qu'est-ce que cela veut dire : Vous en vouloir? — Je ne sais pas. » Ces idées ne s'accompagnent pendant la crise, ni d'orgueil comme chez les persécutés, ni d'humilité comme chez les mélancoliques; elle constate ce mauvais vouloir universel comme un fait auquel elle ne peut rien, ou plutôt elle ne rattache pas cette idée à l'ensemble de ses autres pensées, elle subit cette idée comme une chose étrangère, de même que le médium ne s'applique pas à lui-même les divagations de l'écriture automatique. »

Nous croyons cependant que l'on peut rencontrer des cas plus rares, où le diagnostic devient beaucoup plus délicat, et l'observation suivante nous a intéressé à ce point de vue. Bans., que nous avons pu étudier dans le service de M. Hanot, se présente au premier abord de la manière suivante. C'est un homme de trente-trois ans, petit et contrefait (ankylose du genou droit et atrophie de la cuisse à la suite d'une tumeur blanche). Il se plaint et réclame constamment d'un ton à la fois mielleux et arrogant, tout prêt à se mettre en colère si on ne lui accorde pas ce qu'il demande. « Il n'a pas de tisane, il n'a pas de chaise, il est mal soigné et c'est la faute de la surveillante du service. D'ailleurs c'est toujours comme cela, elles me tourmentent toutes, elles me font des misères, elles cherchent toujours à se venger parce que je ne veux

pas céder à leurs agaceries, je suis crucifié par les femmes. » Il répète constamment et décrit avec complaisance tous les martyres que les femmes lui font endurer, comment elles lui électrisent les organes et répandent sous son nez « de la pisse de vache qui empeste ». Quand on lui demande la raison de ses tortures, il s'excite et entre dans de grandes déclamations. « Il n'y a plus de religion, plus de justice, plus de conscience, il faut expier les péchés du monde et je porte les péchés du monde, si les femmes me persécutent, c'est que je suis la victime désignée par les évangiles. Un ange me l'a dit et il me le dit encore : « je te le dis en vérité, rappelle-toi de mes « paroles, tu seras comme Dieu, tu connaîtras tout et ton « règne viendra à la fin du XVIIIe siècle (sic) ». En réalité on comprend au milieu de ses grandes phrases qu'il est Jésus-Christ, revenu sur terre à l'époque d'une grande corruption comme disent les Écritures, le moment est bien choisi, quand les ténèbres couvriront la terre, or il fait cette année un temps très triste c'est évident. Jésus-Christ doit aller de Jéricho à Jérusalem, c'est une métaphore pour dire qu'il viendra de Châlons à Paris comme il a fait. Il a seul au monde le droit de parler à Dieu son père et de converser avec les anges; déjà dans le sein de sa mère, il s'en souvient fort bien, il entendait les anges lui prédire cette haute destinée.

N'est-ce pas là presque au complet le tableau des grands délires chroniques, n'est-ce pas une variété du délire de persécution compliqué d'un délire érotique et mystique? La systémation complète de tous les plus petits événements qui sont rattachés au délire, l'orgueil et l'hypertrophie du moi, les hallucinations de l'ouïe s'y rencontrent d'une manière assez nette. Il est vrai que l'on remarque quelques détails peu ordinaires, des hallucinations de tous les sens et même du sens de la vue, ces dernières en petit nombre et peu nettes ; il se souvient d'avoir vu des anges, mais il ne précise guère l'époque. On peut aussi quelquefois, mais rarement, lui montrer les contradictions de son délire, et le

faire hésiter un moment. Ces caractères peuvent se rencontrer même dans les délires de persécution.

Mais si nous remontons à l'origine de ce délire, notre opinion va être profondément modifiée. Loin d'être très ancien et de prendre son origine dans des troubles de caractère existant dès l'enfance, ce délire est relativement récent, il s'est constitué depuis quelques années à la suite d'accidents tout différents.

Reprenons en résumé l'histoire de ce malade. Sa mère ne semble pas avoir présenté des accidents nerveux, en revanche son père avait des crises d'étouffements (?) et sa tante paternelle a été enfermée comme aliénée (attaque de nerfs et idées érotiques); Bans. a été élevé par des prêtres au milieu des pratiques religieuses, il était maladif et peu intelligent; à huit ans il eut une tumeur, probablement tuberculeuse, au genou droit, qui le rendit infirme. A quatorze ans, on l'envoya conduire les bestiaux dans la montagne et il resta des journées entières seul à rêver. Il prit à ce moment l'habitude de la masturbation, à laquelle il ne tarda pas à attribuer une importance extraordinaire. Il enveloppait ses organes et les étudiait constamment, il éprouvait les sensations les plus bizarres et ne tarda pas à constater des troubles variés de la miction; quelques tentatives de coït normal furent tout à fait infructueuses et à vingt ans, il présente le tableau complet de l'hypocondrie urinaire et génitale, telle qu'elle a été décrite récemment par M. Guyon.

A ce moment survint un nouvel accident, les masturbations de plus en plus pénibles s'accompagnèrent d'angoisse, d'étouffements et de convulsions. La verge devenait le point de départ de l'aura qui remontait dans le ventre et l'étouffait à la gorge; il perdait connaissance au moment de l'éjaculation et tombait en convulsions. Mais bientôt, se souvenant des leçons de ses premiers maîtres, il déclamait, prêchait sur les vices du temps et les catastrophes prédites par les prophètes aux peuples impies; la crise se terminait par un sommeil assez prolongé et par l'émission involontaire d'urine, enfin le malade mangeait un gros morceau de

pain « pour faire descendre la boule ». Cette attaque nettement hystérique, comprenant une prédication religieuse encadrée entre une éjaculation et une miction involontaire, est déjà par elle-même assez curieuse. Vers l'âge de vingt-cinq ans les choses se compliquent encore : au réveil d'une grande crise, il s'est souvenu d'avoir vu un ange et d'avoir entendu les paroles qui le chargeaient de sauver l'humanité, et de la défendre contre les femmes. Il s'agit probablement d'une hallucination survenue pendant le délire de l'attaque, on ne peut guère le préciser aujourd'hui. En tous les cas, il se mit à méditer sur ce souvenir ; bientôt les attaques disparurent, les hallucinations se produisirent pendant la veille, et le délire se développa complètement.

Aujourd'hui le délire est entièrement systématisé, et il semble avoir supprimé tous les autres phénomènes, le malade n'a plus d'attaques, il ne se masturbe plus, il n'a plus de troubles urinaires. Détail important, il a conservé encore quelques traces des stigmates ; sans être insensible, il est fortement hypoesthésique (90 à l'asthésiomètre appliqué sur la face inférieure du poignet), le champ visuel est rétréci à 60°. Le malade prétend qu'il y a peu de temps encore, il ne pouvait distinguer les aliments qu'il mangeait et croyait mâcher du sable. Aujourd'hui le goût et l'odorat sont normaux. Il semble que les stigmates hystériques vont en disparaissant, et que le délire systématisé remplacera d'une manière de plus en plus complète tous les phénomènes hystériques. C'est là évidemment un cas bien plus complexe que les précédents, et qui demanderait de plus longues études ; nous nous sommes borné à le résumer pour indiquer le grand développement que peuvent prendre les délires systématisés chez les hystériques.

§ 4. — RAPPORTS DU DÉLIRE AVEC LES AUTRES PHÉNOMÈNES DE L'HYSTÉRIE.

Les délires que nous venons de décrire ont donné lieu à beaucoup de controverses, leur nature, leur interprétation

sont loin d'être clairement déterminées[1]. Il y a là certainement un problème obscur, dont la solution ne dépend pas seulement des études sur l'hystérie, mais encore de toutes les autres théories relatives aux délires en général et à l'aliénation. La classification des maladies mentales est encore si vague, remplie de tant de contradictions et d'obscurités, qu'une certaine indécision à propos de délires particulièrement complexes doit paraître excusable.

Commençons donc par indiquer les points qui nous paraissent clairs, afin de préciser ensuite la nature des questions qui doivent à notre avis rester encore pendantes. Il nous semble incontestable et d'ailleurs il est admis par tous les auteurs, que des délires existent chez les malades considérés comme hystériques. Ces délires peuvent se présenter, comme l'indiquait Krafft-Ebing, sous la forme d'attaques transitoires, de délires prolongés dans l'intervalle des attaques, enfin comme des psychoses chroniques et définitives. Nous avons constaté chez des hystériques indiscutables des exemples de ces trois formes. Au point de vue pratique, il en résulte que l'on peut compter ces délires parmi les accidents possibles, et même vraisemblables chez les malades dont on s'occupe. Deuxièmement, les hystériques qui présentent ces délires, ont-ils dans leur personne ou dans leur maladie antérieure, quelque chose de particulier qui les prédispose spécialement à cet accident? Pouvait-on d'avance leur donner un nom spécial, les appeler par exemple, des dégénérés par opposition aux autres hystériques qui ne le seraient pas? Nous ne croyons pas que ce caractère spécial existe, les hystériques prédisposés au délire ont toujours été diagnostiqués après leur délire, auparavant ils étaient confondus avec les autres. Les antécédents héréditaires sont exactement les mêmes chez les deux catégories d'hystériques, chez ceux qui délirent et chez ceux qui ont des contractures. Les signes de dégénérescence physique, si on veut leur accorder de l'im-

1. Pour l'historique de ces discussions, cf. Colin. *Op. cit.*, 67.

portance, se rencontrent chez les uns et chez les autres; quant à la suggestibilité, à la disposition aux obsessions, aux idées fixes, elle engendre il est vrai le délire, mais elle engendre aussi les paralysies et les attaques, elle est un caractère fondamental de toute hystérie. Les délires peuvent donc se développer chez des hystériques, et frapper des hystériques quelconques que rien ne désignait spécialement. Voilà deux points qui me semblent difficilement contestables, et qui pratiquement sont les plus importants.

De quelle manière faut-il considérer ces délires? Faut-il les considérer comme un accident de l'hystérie ou faut-il les considérer comme une maladie toute différente surajoutée à l'hystérie? La question sans doute est délicate, mais ce n'est qu'une pure question de mots, et la solution variera nécessairement suivant le sens que chaque auteur donnera au terme hystérie. Les maladies mentales ne sont pas malheureusement caractérisées d'une façon si nette, qu'il n'y ait aucune hésitation sur leurs limites.

Certains auteurs ont adopté sur ce point une opinion très catégorique et très simple, ils considèrent l'hystérie comme une maladie à symptômes physiques, très distincte des maladies appelées mentales, et par conséquent incapable de produire par elle-même des délires[1]. Aussi, quand ils sont obligés de constater des délires chez des hystériques, ils les rattachent à une autre maladie tout à fait différente qu'ils désignent d'une manière assez vague sous le nom de délire des dégénérés. Cette opinion a été surtout soutenue en France dans la thèse très intéressante de M. Colin[2]; tout en reconnaissant l'importance et la valeur des observations contenues dans ce travail, nous pensons qu'il serait possible de les interpréter autrement.

Une maladie n'est pas pour nous une entité immuable, facilement reconnaissable, c'est une classification de symptômes groupés pour la commodité de notre esprit. L'hystérie n'est qu'un syndrome, un ensemble de faits groupés

1. Féré. La famille névropathique. *Archives de neurologie*, 1884, II.
2. Colin. *Essai sur l'état mental des hystériques*, 1890.

dans une idée générale. Or ces faits sont tous ou presque tous des faits moraux : ce sont des somnambulismes, des attaques, des idées fixes, des troubles de l'attention, des oublis, des insensibilités qui sont des phénomènes psychologiques. Il n'y a pas de raison décisive *a priori* pour refuser de faire rentrer dans ce cadre des délires qui sont d'autres phénomènes mentaux. D'ailleurs ces auteurs eux-mêmes n'appliquent guère jusqu'au bout leurs doctrines, car ils acceptent le délire de l'attaque et même l'anorexie qui est au suprême degré un délire de longue durée. On peut donc considérer certains délires comme hystériques.

Mais faut-il se précipiter à l'extrême opposé et affirmer que tous les délires qui se présentent chez des malades ayant ou ayant eu quelques stigmates doivent être rangés dans le cadre de l'hystérie? Cette exagération aurait de grands inconvénients : certains de ces délires ne se distinguent en rien d'autres délires survenus chez des malades non hystériques, faudra-t-il rattacher tous ces phénomènes innombrables à l'hystérie? Ce serait mettre la confusion dans l'analyse des symptômes de l'hystérie. Il y a lieu de faire un choix parmi tous ces accidents et de choisir ceux qui rentrent dans notre conception de l'hystérie.

Ce choix est extrêmement difficile, c'est un idéal que la science doit chercher à réaliser, mais qui aujourd'hui est loin d'être toujours accessible. Il faudrait, pour le pouvoir faire, reconnaître dans un délire deux caractères : 1° Ce délire est-il la conséquence d'un phénomène nettement hystérique? Ce premier caractère est important, il permet d'éliminer les délires fébriles, toxiques ou autres qui peuvent survenir chez les hystériques comme chez les autres malades. Nous avons à plusieurs reprises montré que le délire n'était chez certaines malades que l'exagération d'un symptôme antérieur. Mais ce caractère est loin de suffire, car à notre avis un symptôme hystérique peut en s'exagérant se transformer complètement. 2° Il faudrait constater, même dans le délire, le caractère fondamental de l'état mental hystérique, le dédoublement de l'esprit, l'al-

ternance des états de conscience, la formation de phénomènes réellement subconscients.

Dans quelques cas, ce caractère se manifestera par des phénomènes analogues à l'attaque ou par la conservation des stigmates. Mais cela n'est pas fréquent, car bien souvent les stigmates hystériques disparaissent pendant les états délirants, comme pendant les somnambulismes et les ivresses ; l'hystérie devient larvée, comme le disait Morel. Ce sont, comme nous l'avons montré, des symptômes délicats et mobiles qui disparaissent dès que l'esprit est bouleversé. Aussi cette constatation que nous demandons est dans la plupart des cas extrêmement difficile, mais elle est quelquefois possible. Beaucoup des malades que nous avons décrits, continuent à entrer en somnambulisme et présentent de l'écriture automatique même pendant leur délire et l'on constate par ces moyens les idées, les souvenirs ignorés par le sujet lui-même qui provoquent et entretiennent le délire. Une observation à notre avis bien curieuse et qui mériterait d'être étudiée plus en détail peut nous donner un exemple d'un délire qui conserve jusqu'au bout le caractère hystérique.

Daill., un homme âgé de trente-trois ans, est amené à la Salpêtrière au mois de novembre 1891 dans un état lamentable. Il a la face couverte de sang et de croûtes séchées, car il se déchire la figure avec ses ongles, il a les yeux hagards, les lèvres gercées, il ne peut marcher qu'accompagné et étroitement surveillé. Quand on l'abandonne à lui-même, il cherche à se sauver et il a déjà fait mille folies : il s'est jeté, les pieds liés ensemble, dans un marécage, ou bien il va se coucher sur les tombes au cimetière. Il répond mal aux questions précises, mais on comprend son délire au milieu de ses divagations. Il voit le diable devant lui, tout noir avec des cornes et la figure grimaçante; il entend un démon chuchoter à son oreille des menaces, des damnations, et des conseils pernicieux comme « Buvez du champagne, c'est la fin du monde » ; il sent un autre démon dans sa poitrine qui le force à prononcer des blas-

phèmes. Ce sont, comme on le voit, des hallucinations de tous les sens, compliquées par un délire impulsif et par des interprétations délirantes. C'est un beau délire de possession avec agitation maniaque subaiguë.

Et cependant je crois pouvoir démontrer dans ce cas qu'il s'agit d'un délire vraiment hystérique. Ce ne sont pas les stigmates qui me détermineront : le malade paraît insensible quand il s'égratigne lui-même ou quand on le pince, mais ce n'est pas une anesthésie indiscutable ; quand on attire son attention, on constate qu'il sent de nouveau. Ce qui nous paraît caractéristique, c'est l'évolution du délire et les caractères psychologiques qu'il présente aujourd'hui.

Ce malade appartient à une famille évidemment très tarée : le père était superstitieux et obsédé, le grand-père paternel a fait à plusieurs reprises des fugues difficiles à interpréter aujourd'hui, la mère est faible d'esprit et très alcoolique, ainsi que la grand'mère maternelle. Daill. a toujours été peureux et impressionnable, mais a toujours eu une conduite régulière ; marié de bonne heure, il a une fillette de sept ans qui se porte bien. Il y a un an, il est rentré d'un petit voyage sombre et préoccupé, il parlait peu et refusait d'embrasser sa femme et son enfant. La mauvaise humeur continua et il sembla, dit sa femme, perdre la parole, car il faisait des efforts pour parler sans y réussir et écrivait ce qu'il désirait. Bientôt il parla un peu mieux, mais il eut des angoisses et des étouffements tels qu'il alla consulter plusieurs médecins. L'un diagnostiqua angine de poitrine, l'autre diabète[1]. Peu rassuré, le malade refusa de quitter son lit et cessa de manger ; il restait immobile, parlait à peine et s'écartait toujours de sa femme et de son enfant. Un matin, sans prétexte, il se mit à éclater d'un rire satanique qui terrifia les assistants. Le rire se prolongea plusieurs heures et depuis le malade délire. Depuis

1. Il est juste d'ajouter qu'un médecin de la campagne a diagnostiqué un peu plus tard « délire hystérique » et l'a envoyé à la Salpêtrière.

six mois il ne parle que des démons, les voit, les entend, les sent en dedans de lui-même et commet mille folies.

Tel est l'aspect extérieur du malade, c'est-à-dire les événements dont il a conscience et qu'il peut raconter lui-même quand on insiste. Eh bien, ce malade délirant présente un autre état, dans lequel il explique sa maladie d'une façon bien plus claire. Je ne puis raconter ici comment j'obtins des mouvements subconscients et même des écritures automatiques tout à fait curieuses. Le démon parlait dans ces écritures, comme les esprits dans les expériences spirites, et même refusait de m'obéir. Il cédait quand je le prenais par les sentiments de vanité, en lui demandant une preuve de sa puissance, et alors il déterminait des mouvements ou des hallucinations qu'éprouvait le pauvre délirant sans deviner leur origine. Ces actes subconscients ont pu être transformés en un somnambulisme. Naturellement le malade retrouva dans cet état tous les souvenirs et put nous expliquer les véritables phénomènes psychologiques qui avaient provoqué les différents symptômes si mal compris. Pendant son voyage, Daill. s'était permis de tromper sa femme et était rentré bourrelé de remords et tourmenté par l'idée d'une maladie contagieuse. De là son mutisme et son éloignement de sa femme. Puis il avait rêvé qu'il était fort malade et qu'il mourait, période d'immobilité dans son lit. Enfin il s'était cru transporté dans l'enfer au milieu des démons. A ce moment, le rêve subconscient avait grandi et provoqué des hallucinations dans la conscience normale. Les interprétations du malade avaient fait le reste et déterminé le délire. Nous n'avons pas à ajouter ici qu'un état de ce genre était facile à guérir : en un mois de traitement le diable était battu et se retirait définitivement[1].

Je ne crois pas que l'on puisse considérer un délire de ce genre comme un délire quelconque, identique à tous ceux « des héréditaires dégénérés ». Il a des caractères

1. Nous venons de recevoir une lettre de Daill. Depuis deux ans la guérison s'est maintenue absolument complète.

très spéciaux qui ont précisément été observés dans tous les accidents hystériques; le délire a été produit ici par le même mécanisme qui amène chez d'autres malades des paralysies, des contractures ou des attaques. Des cas de ce genre ne sont pas rares : on trouve les mêmes caractères dans des mutismes, dans des anorexies, des mensonges, des haines, etc. Ce sont les délires que nous considérons nettement comme hystériques.

Quand les symptômes hystériques s'exagèrent encore, ils produisent la confusion mentale de Deni., la manie de Par., le délire systématisé de Bans.; s'agit-il encore d'hystérie? Je n'en suis plus convaincu. Il y a dans le dédoublement de la conscience propre aux hystériques une certaine régularité, un équilibre des phénomènes psychologiques, un certain ordre dans le désordre. Cet ordre lui-même semble disparaître, les dernières perceptions s'effacent, le rêve existe à peu près seul, les idées fixes ont envahi tout l'esprit. Pourquoi ne pas dire que l'hystérie très grave s'est transformée en une autre maladie mentale? La confusion mentale aiguë, la paranoia secondaire peuvent se développer chez des hystériques, elles demandent une étude psychologique nouvelle et n'appartiennent plus à la description de l'état mental des hystériques.

CONCLUSION

L'HYSTÉRIE AU POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE

Les définitions de l'hystérie étaient autrefois très nombreuses et tout auteur était obligé de passer en revue une cinquantaine de formules présentées par ses devanciers avant d'exprimer à son tour sa propre pensée[1]. Mais quand une étude plus précise eut montré la variété de ces phénomènes « plus nombreux que les formes de Protée et que les couleurs du caméléon », on n'osa plus les réunir dans une même formule.

Lasègue, qui était cependant bien convaincu de l'existence de lois rigoureuses dans les manifestations hystériques, n'essaye plus de définir cette maladie. « La définition de l'hystérie, dit-il, n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. Les symptômes ne sont ni assez constants, ni assez conformes, ni assez égaux en durée et en intensité pour qu'un type même descriptif puisse les comprendre tous[2]. » Il préfère se borner « à étudier isolément chacun des groupes symptomatiques; après ce travail préalable, on réunira les fragments et on recomposera le tout de la maladie[3]. »

Le conseil donné par Lasègue a été suivi et les auteurs les plus compétents ont évité de se prononcer sur la définition générale de cette maladie. Ils se bornent pour la plupart à montrer un certain nombre de caractères qui

1. Voir la longue préface, intéressante d'ailleurs, de Brachet. *Traité de l'hystérie*, 1847, et son chapitre sur les définitions, p. 202.
2. Lasègue. Hystéries périphériques, 1878. (*Études médicales*, II, 78.)
3. Lasègue. De l'anorexie hystérique, 1873. (*Études médicales*, II, 45.)

permettent de reconnaître la nature hystérique d'un phénomène[1].

Peut-être, quand on déclare impossible la définition de l'hystérie, s'est-on fait de la définition une idée trop ambitieuse. Nous sommes évidemment incapable, dans ce cas comme dans tous les autres, de faire connaître la nature véritable, l'essence d'une chose, ni l'explication dernière d'aucun phénomène. Mais une définition, sauf dans les sciences purement rationnelles comme les mathématiques, n'a jamais donné ni essence ni explication. Nos définitions ne sont que des idées générales, des résumés qui doivent seulement contenir le plus grand nombre de faits possible. Une définition serait parfaite si elle embrassait dans une même formule absolument tous les faits que l'on peut observer à propos d'un objet. Elle est irréalisable, puisque nous ne connaissons pas tous ces faits. Une définition serait excellente si elle résumait seulement tous les faits connus, mais cela est encore un idéal difficilement accessible. Une définition est suffisante quand elle exprime dans une seule phrase la majorité des faits connus. Sans doute une pareille formule, comme toute théorie scientifique, est provisoire, puisque les faits connus augmentent incessamment et la rendent bientôt trop étroite. Mais on ne supprime pas une semblable définition en montrant simplement que tel ou tel fait de détail n'y est pas compris; il faut pour la rendre inutile lui opposer une autre définition plus simple et plus générale embrassant non seulement les faits compris dans la première, mais d'autres encore. Si l'on s'en tient à cette conception modeste de la définition, a-t-on le droit de dire qu'une définition suffisante de l'hystérie est aujourd'hui impossible? N'y a-t-il aucun caractère commun qui rapproche la majorité des faits qui ont été recueillis de tous côtés. S'il en était ainsi, l'hystérie n'existerait pas et ne mériterait pas d'être étudiée comme une maladie distincte.

1. Babinski. De la migraine ophtalmique hystérique. *Archivves de neurologie*, 1891, extrait, p. 81. — Pitres. *Op. cit.*, I, 4.

§ 1. — L'HYSTÉRIE, MALADIE PAR REPRÉSENTATION.

Une définition, comme on sait, ne peut résumer des faits qu'en les groupant autour d'un phénomène « dominateur », c'est-à-dire en mettant au premier rang un caractère déclaré par hypothèse le plus important et en montrant aussi clairement que possible que tous les autres faits dépendent de ce caractère. Dans les définitions anciennes, le caractère choisi le plus souvent comme essentiel était un caractère physique, une modification réelle ou supposée des phénomènes physiologiques élémentaires. Pendant très longtemps, les promenades de l'utérus à travers le corps, ses altérations, ses douleurs ont été le centre autour duquel gravitaient tous les autres symptômes. Ces définitions ne réunissaient qu'un nombre très restreint de phénomènes, c'est le seul reproche que nous leur adressons. Plus tard, un autre phénomène, que l'on considérait aussi comme un fait uniquement physique, l'attaque, devint prédominant et l'hystérie fut essentiellement une maladie convulsivante. « *L'hystérie*, disait Brachet, *est une névrose du système nerveux cérébral qui se manifeste plus ou moins brusquement par des crises de convulsions cloniques générales et par la sensation d'un globe ascendant dans le trajet de l'œsophage, à l'extrémité supérieure duquel il vient se fixer pour y causer une menace de suffocation*[1]. » Ces définitions étaient un peu plus compréhensives que les précédentes, les phénomènes qui se rattachent à l'attaque étaient certainement plus nombreux que ceux qui dépendent des modifications utérines. Mais elles présentaient une grande lacune, elles laissaient à peu près complètement de côté les accidents interparoxystiques qui sont si nombreux. Puisqu'un grand nombre d'auteurs n'avaient pu réussir à grouper des symptômes autour d'un phénomène physique, on a peu à peu changé de point de

1. Brachet. *Traité de l'hystérie*, 1847, 204.

vue et on a cherché si, parmi les phénomènes cérébraux, psychologiques, que l'on avait observés depuis longtemps dans cette maladie, ne se trouverait pas un symptôme plus important, capable de coordonner un grand nombre de faits. Les définitions de l'hystérie se sont transformées et sont devenues psychologiques.

Le livre de Briquet (1859) est à ce point de vue très important; il constitue pour ainsi dire un intermédiaire entre les conceptions purement physiques et les interprétations morales de l'hystérie. « *L'hystérie*, dit-il, *est une névrose de l'encéphale dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions*[1]. » L'hystérie devient une maladie émotionnelle, et sans doute on peut facilement rattacher un très grand nombre de symptômes à des phénomènes d'émotion. Malheureusement, l'émotion est assez peu analysée par Briquet et l'explication des principaux symptômes est fort vague. Un point surtout entre beaucoup d'autres était embarrassant : l'émotion est un phénomène en apparence accidentel et momentané, comment lui rattacher des symptômes permanents qui durent pendant des mois et des années? Et comment supposer la permanence de l'émotion quand le malade paraît tout à fait calme et indifférent? Néanmoins l'étude de Briquet peut être considérée comme le point de départ des recherches psychologiques sur les hystériques.

Cette étude n'a commencé d'une manière précise qu'avec les travaux de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière sur les accidents traumatiques des hystériques, les paralysies, les contractures, les mutismes ou les anorexies. Partout, comme nous l'avons vu, il montrait l'importance de l'idée fixe qui produisait et entretenait l'accident, la reproduction de faits identiques par la suggestion, le traitement par l'isolement et les influences morales qui modi-

1. Briquet. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859, 3.

fiaient, non l'état physique, mais l'état mental pathologique de l'hystérique. Il restait à généraliser un peu plus cette conception et à l'appliquer à l'hystérie tout entière. Ce fut, croyons-nous, le rôle de M. Mœbius. Cet auteur rend hommage de la façon la plus courtoise aux travaux de M. Charcot, il les a complétés d'une façon intéressante. « Une opinion, dit-il, tend de plus en plus à s'établir, c'est que l'hystérie est une psychose et que la modification essentielle qui la caractérise est un état maladif de l'esprit[1]. » Elle n'est cependant pas identique à toute aliénation : les mouvements de l'aliéné ne sont qu'indirectement en rapport avec son délire; c'est le malade lui-même qui remue et qui veut remuer pour obéir à un ordre imaginaire. Dans l'hystérie, le rapport est plus immédiat, la pensée se transforme en mouvement sans l'intermédiaire de la volonté du sujet. Ce fait est caractéristique et il a servi à M. Mœbius pour formuler une définition de cette maladie : « *On peut considérer*, dit-il, *comme hystériques toutes les modifications maladives du corps qui sont causées par des représentations*[2] ». Le discours de M. Strumpell exprime des idées analogues : « *Ce qu'on appelle la nervosité est, au point de vue scientifique, une disposition surtout spirituelle et non corporelle.... Certaines représentations trop fortes, certaines associations d'idées trop faciles deviennent le point de départ d'une grande série d'accidents en apparence corporels*[3]. » M. Strumpell s'accorde avec les auteurs précédents pour expliquer ces accidents névropathiques par des représentations (*durch Vorstellungen*). Aux définitions purement physiques de l'hystérie se substitue donc une définition nouvelle qui cherche à grouper les symptômes autour d'un phénomène moral. « *L'hystérie est un ensemble de maladies par représentation.* »

1. Mœbius. Ueber den Begriff der Hysterie, aus dem *Centralblatt für Nervenheilkunde*, von D. Erlenmayer, XI, 1888, n° 3.

2. Mœbius. *Op. cit.*, 2.

3. A. Strumpell. *Ueber die Entstehung und die Heilung von Krankeiten durch Vorstellungen* (Rede beim antritt des prorectorats der kgl. Universität. Erlangen, nov. 1892), p. 8.

§ 2. — LE DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ.

Un grand nombre d'accidents hystériques paraissent dépendre de certaines idées fixes, de certaines suggestions, mais peut-on, comme l'a essayé M. Mœbius, étendre cette explication à tous les accidents et la transformer en une définition de l'hystérie? C'est ce qui a semblé très contestable à plusieurs auteurs et c'est ce qui a été justement critiqué par M. Oppenheim, puis par M. Jolly[1]. Essayons de préciser ces critiques un peu vagues en suivant la méthode que nous avons proposée pour examiner les définitions.

1° Un grand nombre d'accidents hystériques, nettement localisés comme les précédents, des hyperesthésies, des tics, des paralysies, des spasmes, ne semblent en relation avec aucune idée, aucune imagination du sujet. Le malade, de quelque manière qu'on l'interroge et malgré sa bonne volonté, affirme qu'il ne pense pas à remuer son bras, à serrer sa main, à faire une grimace; bien mieux, il n'a aucune idée de ce spasme, il ne le sent même pas, il constate avec étonnement ses propres accidents sans savoir comment ils se produisent. Il y a, en effet, deux catégories d'accidents hystériques, que l'on distingue surtout facilement en examinant des tics ou des spasmes. Les uns ont lieu *quand le sujet y pense*; ils disparaissent quand le sujet est distrait ou qu'il s'endort; ceux-là peuvent facilement être rattachés à une idée. Mais très souvent le mouvement maladif se produit même *quand le sujet n'y pense pas*; le spasme persiste malgré la distraction, quelquefois malgré le sommeil. Ce ne sont plus là, au moins en apparence, des accidents qui dépendent d'une représentation mentale. Au début, peut-être, le sujet a eu conscience d'une émotion, d'une idée plus ou moins vague, mais il est évident que

1. H. Oppenheim. *Op. cit.*, 3. — Jolly. *Op. cit.*, 12.

ces phénomènes de conscience ont disparu très vite et que, actuellement, ils n'existent plus.

2° L'hystérique ne présente pas uniquement des accidents permanents de ce genre, elle présente un phénomène beaucoup plus fréquent et beaucoup plus connu, c'est l'attaque. Or, cette attaque n'est pas un acte simple comme une contraction de la main, c'est un ensemble très complexe de convulsions, de cris, de paroles. Le sujet n'a pas dans l'esprit la représentation de toute cette série de phénomènes, il les ignore même, puisque dans la majorité des cas, il se réveille de l'attaque sans bien savoir ce qui vient de se passer. Ces attaques, qui se reproduisent avec une régularité monotone, semblent dépendre de quelque phénomène physique, car elles sont indépendantes de la pensée du sujet, et il suffit quelquefois pour les provoquer, non pas d'éveiller les idées du sujet, mais de presser un point du corps, l'ovaire ou l'épigastre, pour que la décharge se produise.

3° Considérons des accidents plus précisément moraux, des délires, des somnambulismes qui appartiennent incontestablement à l'hystérie; nous ne nous trouvons pas davantage en présence d'une idée fixe, claire et simple. Le sujet ne sait pas ce qui se passe pendant son somnambulisme ou son délire, et il n'y pense pas. Quand l'accident arrive, il est composé par toute une longue suite de sensations et de pensées très variées qui n'avaient aucunement été prévues par la malade.

En un mot, même en laissant de côté les stigmates, en ne considérant que les accidents, il est impossible de les ramener tous à des modifications corporelles produites par des représentations conscientes.

Essayons donc de changer de point de vue et de prendre un autre phénomène comme centre de la définition. Ce sont encore les études de M. Charcot et de ses élèves qui ont montré combien *le somnambulisme* jouait un grand rôle dans l'hystérie. Ce phénomène se présente d'abord spontanément chez ces malades dans bien des circon-

stances, et ensuite il peut être provoqué artificiellement sinon chez toutes, au moins chez la plupart des hystériques. L'oubli de tout ce qui s'est passé pendant le somnambulisme quand le sujet revient à l'état normal, nous a paru le seul caractère constant et essentiel du somnambulisme, et cette amnésie, suivie d'un retour périodique des souvenirs, établit une sorte de scission entre les deux états. Un individu qui est vraiment somnambule vit de deux manières différentes, il a « deux existences psychologiques alternant successivement[1] »; il a dans l'une des sensations, des souvenirs, des mouvements qu'il n'a pas dans l'autre, et par conséquent il présente d'une manière plus ou moins nette, suivant les cas, deux caractères et en quelque sorte deux personnalités. Le somnambulisme le plus simple doit être considéré comme identique à ces grands phénomènes de double existence qui sont quelquefois si manifestes ; il est toujours le résultat, la manifestation d'un dédoublement de la personnalité.

Si l'on comprend de cette manière le somnambulisme, il est facile de remarquer qu'un grand nombre d'accidents hystériques peuvent s'y rattacher. Non seulement les longues périodes de la double existence, mais des états de durée très courte pendant lesquels le malade paraît marcher ou agir automatiquement, des fugues, des rêveries, des extases, etc.

Nous avons essayé de montrer qu'à l'exemple de M. Charcot, on peut établir les liens les plus étroits entre le somnambulisme et l'attaque; ces deux phénomènes sont provoqués de la même manière, amènent la même amnésie suivie de mémoire alternante, donnent naissance au même dédoublement de la personnalité[2]. La régularité automatique caractérise également tous ces états, car la seconde existence est souvent une existence psychologique rudimentaire dans laquelle les sensations et les idées, peu nombreuses, ne se contrôlent pas et ne se modifient pas

1. *Automatisme psychologique*, 448.
2. *Automatisme psychol.*, 456. — Breuer et Freud. *Op. cit.*, 1893, II.

les unes les autres. Les idées fixes que nous avons vues jouer un si grand rôle pendant la veille des hystériques, sont ici bien plus puissantes encore et se développent avec plus de régularité. La plupart des attaques ont pu être interprétées comme la reproduction plus ou moins complète d'une émotion, d'une action, d'une idée ancienne dans une seconde existence, qui est comparable à un somnambulisme plus ou moins rudimentaire.

Ces études sur les attaques et les somnambulismes semblaient rapprocher et réunir une catégorie importante de symptômes hystériques, les accidents périodiques, mais semblaient laisser de côté les accidents permanents, ces troubles du mouvement si bien résumés d'autre part par les théories de M. Charcot et de M. Mœbius. Cette séparation de ces deux groupes de faits est-elle aussi absolue? C'est ce que nous n'avons pas pensé; nous avons cherché leur réunion en étudiant les manifestations de la seconde personnalité dans l'intervalle des somnambulismes et des attaques.

L'étude des suggestions à effet post-hypnotique exécutées d'une manière intelligente, quoique en apparence à l'insu du sujet et sans conscience, l'analyse des actes dits inconscients et de l'écriture automatique des médiums, nous ont montré de nouveau le même dédoublement de la conscience. Mais maintenant le second groupe de phénomènes psychologiques, au lieu d'alterner avec le premier, se développait simultanément au-dessous et en dehors de la pensée normale du sujet. En un mot, tous les phénomènes psychologiques qui se produisent dans le cerveau ne sont pas réunis dans une même perception personnelle, une partie reste indépendante sous forme de sensations ou d'images élémentaires, ou bien s'agrège plus ou moins complètement et tend à former un nouveau système, une personnalité indépendante de la première. Ces deux personnalités ne se bornent pas à alterner, à se succéder l'une à l'autre, elles peuvent coexister d'une façon plus ou moins complète. Un grand nombre d'accidents hystériques

se rattachent à ce type de l'hémi-somnambulisme comme les attaques se rattachent au type du somnambulisme[1]. Nous avons été forcé de reconnaître que dans beaucoup d'accidents, l'idée fixe qui devait les provoquer et les entretenir, d'après la théorie de M. Charcot, ne pouvait être exprimée par le malade, car il l'ignorait complètement. Nous comprenons maintenant que ces idées peuvent exister en lui, bien qu'il n'en ait pas conscience. Et ce n'est pas là une simple supposition vraisemblable, c'est un fait que l'on peut démontrer cliniquement. Combien de fois n'avons-nous pas montré que le sujet, par l'écriture automatique pendant la veille, pouvait exprimer ces idées fixes? Plus souvent encore nous avons constaté que le sujet, dans tel ou tel état hypnotique, retrouvait complètement la mémoire de ces idées fixes subconscientes.

De semblables idées fixes, existant en dehors de la perception personnelle, jouent dans l'hystérie un rôle capital: elles peuvent déterminer des troubles du mouvement les plus variés; elles donnent lieu à des hyperesthésies, elles amènent même des hallucinations, car la séparation des deux consciences est loin d'être absolue, et un phénomène qui a été provoqué dans l'une par toute une série d'associations d'idées peut apparaître brusquement dans l'autre ; elles peuvent troubler et obnubiler l'esprit, provoquer les oublis les plus étranges et même des sortes de délires. La puissance de semblables idées dépend de leur isolement; elles grandissent, « s'installent dans l'esprit à la manière d'un parasite[2] », et ne peuvent être arrêtées dans leur développement par les efforts du sujet, parce qu'elles sont ignorées, qu'elles existent à part dans une seconde pensée séparée de la première.

Deux psychologues anglais, MM. Gurney et Fr. W. Myers, qui ont beaucoup contribué aux progrès de ces études et par leurs propres travaux et par l'impulsion qu'ils ont donnée à la *Society for psychical research*, ont exprimé

1. Actes inconscients.... *Revue philosophique*, 1886, II, 577.
2. Charcot. *Mal. syst. nerv.*, III, 455.

souvent des idées analogues sur le mécanisme des accidents hystériques. « Le caractère essentiel de l'hystérie, disait M. Myers, c'est une auto-suggestion déraisonnable dans des régions de l'esprit qui sont au-dessous du pouvoir de la conscience normale, *beyond the powers of the waking will*.... l'hystérie est une maladie de la couche hypnotique, *disease of the hypnotic stratum* »[1].

Ces remarques nous avaient conduit autrefois à considérer ces dissociations des phénomènes psychologiques comme un caractère essentiel de l'hystérie : « Ce fait, disions-nous, doit jouer dans cette maladie un rôle aussi capital que celui de l'association dans la psychologie normale[2]. » Un peu plus tard, nous expliquions divers accidents de l'hystérie, et en particulier les contractures, « par une activité véritable du second groupe d'images séparé de la conscience normale[3] ». « *Le caractère essentiel de cette maladie de la désagrégation était la formation, dans l'esprit, de deux groupes de phénomènes, l'un constituant la personnalité ordinaire; l'autre, susceptible d'ailleurs de se subdiviser, formait une personnalité anormale différente de la première et complètement ignorée par elle*[4]. »

A la même époque, M. Jules Janet, pour résumer les recherches que j'avais faites, a ajouté une nouvelle observation des plus intéressantes, et il a cherché à exprimer cette nouvelle conception de l'hystérie[5]. On peut peut-être reprocher à ce travail d'être un peu trop schématique, mais il a le grand mérite de résumer d'une manière très nette une conception psychologique assez délicate, qui était alors très peu comprise. « *L'état incomplet de la personnalité première, dit-il, constitue les tares hystériques;*

1. Fr. W. H. Myers. The subliminal consciousness. *Proceedings of the Society for psychical research*, 1892, 309 et 1893, 5.

2. L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques. *Revue philosophique*, 1887, I, 472.

3. *Automatisme psychologique*, 1889, 362

4. *Ibid.*, 367.

5. Jules Janet. Hystérie et hypnotisme d'après la théorie de la double personnalité. *Revue scientifique*, 1888, I, 616.

il permet l'action désordonnée de la personnalité seconde, c'est-à-dire les accidents hystériques. La seconde personnalité, toujours cachée derrière la première, d'autant plus forte que celle-ci est plus affaiblie, profite de la moindre occasion pour la terrasser et paraître au grand jour[1]. »

Un grand nombre d'études psychologiques furent faites aussitôt sur ce dédoublement, mais nous ne résumons ici que les conceptions médicales de l'hystérie. M. Laurent, dans un travail paru d'abord dans les *Archives cliniques de Bordeaux*[2] et reproduit plus tard avec développements dans sa thèse de doctorat[3], montre le grand rôle que jouent chez l'hystérique les états seconds et les phénomènes subconscients, et les considère comme caractéristiques de cette maladie. Mais le travail le plus important qui soit venu confirmer nos anciennes études est sans contredit l'article de MM. Breuer et Freud, récemment paru dans le *Neurologisches Centralblatt*[4].

Nous sommes très heureux que ces auteurs, dans leurs recherches indépendantes, aient pu avec autant de précision vérifier les nôtres, et nous les remercions de leur aimable citation. Ils montrent par de nombreux exemples que les divers symptômes de l'hystérie ne sont pas des manifestations spontanées idiopathiques de la maladie, mais sont en étroite connexion avec le trauma provocateur. Les accidents les plus ordinaires de l'hystérie, même les hyperesthésies, les douleurs, les attaques banales, doivent être interprétés de la même manière que les accidents de l'hystérie traumatique par la persistance d'une idée, d'un rêve. Le rapport entre l'idée provocatrice et l'accident

1. Jules Janet. *Op. cit.*, 622.

2. L. Laurent. De l'état mental des hystériques d'après les théories psychologiques actuelles. *Archives cliniques de Bordeaux*, septembre 1892.

3. L. Laurent. *Des états seconds, variations pathologiques du champ de la conscience*, 1892.

4. Josef Breuer et Sigm. Freud in Wien. Ueber den psychischen mechanismus hysterischer Phœnomane. (*Neurologisches Centralblatt*, 1893, n° 1 et 2.)

peut être plus ou moins direct, mais il existe toujours. Il faut cependant constater que, souvent le malade, dans son état normal, ignore cette idée provocatrice qui ne se retrouve nettement que pendant les périodes d'état second naturelles ou provoquées, et c'est précisément à leur isolement que ces idées doivent leur pouvoir. Le malade est guéri, disent ces auteurs, quand il parvient à retrouver la conscience claire de son idée fixe. « *Cette division de la conscience, que l'on a constatée avec netteté dans quelques cas célèbres de double existence, existe d'une façon rudimentaire chez toute hystérique ; la disposition à cette dissociation et en même temps à la formation d'états de conscience anormaux que nous proposons de réunir sous le nom d'états hypnoïdes, constitue le phénomène fondamental de cette névrose*[1]. » Cette définition vient confirmer celles que nous avons déjà données, et qui cherchent à grouper tous les symptômes de la maladie autour d'un phénomène principal, le dédoublement de la personnalité.

§ 3. — LE RÉTRÉCISSEMENT DU CHAMP DE LA CONSCIENCE.

Les définitions précédentes ont certainement une grande généralité, elles s'appliquent à la grande majorité des accidents hystériques ; mais il est évident d'autre part qu'elles laissent à peu près complètement de côté d'autres caractères également nombreux et très importants, je veux dire les stigmates.

Certains auteurs ont essayé d'appliquer aux stigmates la même explication qu'aux accidents et de les rattacher également à des idées fixes. Cette explication serait simple, conforme aux principes que nous avons adoptés, mais on a vu que nous ne pouvions constater dans les anesthésies ni l'évolution, ni les caractères des idées fixes. On peut les considérer comme la preuve d'un amoindrissement des

1. *Ibid.* 7. Les auteurs ajoutent p. 4, sans préciser, que ces idées se rapprochent aussi de celles de Benedikt. Nous regrettons de ne pas connaître ce travail.

fonctions nerveuses, d'un épuisement des organes. Ce n'est pas là une théorie, c'est l'expression aussi juste que banale du fait lui-même; reste à interpréter la nature de cet épuisement.

Nous ne pouvons guère discuter ici de théorie précise, car la plupart des auteurs qui parlent de cet épuisement se sont exprimés de la manière la plus vague et la plus confuse. Pour nous, la question se pose de la manière suivante : cet épuisement, qui est incontestable et dont nous n'avons pas à rechercher ici les causes primitives, hérédité, dégénérescence, intoxication ou lésions accidentelles, est-il localisé à tel ou tel organe sensoriel, ou porte-t-il d'une manière générale sur les parties supérieures du cerveau? Peut-on dire que l'anesthésie tactile, le rétrécissement du champ visuel se rattachent précisément à un arrêt du fonctionnement des centres nerveux qui servent à cette sensation tactile ou visuelle, ou bien ces anesthésies ne sont-elles qu'une manifestation particulière d'un affaiblissement portant sur toutes les fonctions de l'écorce cérébrale, et se rattachent-elles par conséquent à un trouble général des fonctions psychologiques ?

Nous ne pensons pas que les stigmates soient dus à des lésions locales des appareils sensoriels, des muscles, des nerfs, ni des centres : 1° Les stigmates sont trop mobiles, ils disparaissent trop facilement dès que l'on modifie un peu la pensée du sujet; la suggestion, l'association des idées, l'attention surtout suppriment comme par enchantement ces insensibilités et ces impotences musculaires; 2° les stigmates sont contradictoires, c'est-à-dire que le fonctionnement des organes est réel et persiste au moment même où il semble être supprimé. Nous avons montré dans de nombreuses études que la sensation tactile, la sensation visuelle même à la périphérie du champ visuel continuaient à s'exercer, en dépit de l'anesthésie, que les souvenirs étaient reproduits malgré l'amnésie apparente, que les mouvements étaient possibles et qu'ils avaient même conservé leur force malgré la faiblesse, l'amyosthé-

nie indiquée par le dynamomètre[1]. Ces faits peuvent être démontrés par un grand nombre d'expériences précises, mais ils peuvent être constatés par l'observation clinique la plus simple. Les hystériques marchent, courent sans tomber, sans se heurter aux obstacles comme devraient faire de vrais anesthésiques, des malades ayant véritablement le champ visuel réduit à un point. On les voit travailler, soulever des fardeaux, faire des exercices prolongés si elles ne se sentent pas observées, tandis qu'elles présentent une faiblesse musculaire étonnante, une fatigue extrêmement rapide dès qu'on les soumet à un examen. Nous avons été très heureux de voir M. Jolly faire indépendamment les mêmes remarques : il parle d'enfants ayant une amaurose hystérique complète et il ajoute : « ces enfants qui paraissent ne percevoir aucune lumière évitent les obstacles placés inopinément devant eux, et cependant ils ne se conduisent pas par le tact..., ils ne ressemblent pas à de vrais aveugles... il doit y avoir ici quelque espèce de perception, » et plus loin : « J'ai beaucoup de raisons pour croire que cette surdité ne doit pas être réelle..., il n'est pas douteux pour moi que l'enfant ait entendu les conversations[2] ». M. Oppenheim dit aussi : « L'hystérique a perdu la volonté de mettre en mouvement des groupes de muscles déterminés..., c'est tout autre chose de mettre ces muscles en mouvement par un effort de volonté ou par l'intermédiaire d'un état affectif[3] ». Cette réapparition rapide et cette conservation des phénomènes nous empêchent de croire à un épuisement localisé.

L'épuisement général des fonctions cérébrales a été signalé par beaucoup d'auteurs ; « les hystériques, disait M. Féré, sont dans un état permanent de fatigue psychique qui se traduit par un affaiblissement de la sensibilité, du mouvement, de la volonté[4] ». « Le fait fondamental de l'hys-

1. Cf. *Stigmates mentaux des hystériques*, ch. I.
2. F. Jolly. *Op. cit.*, 4.
3. H. Oppenheim. *Op. cit.*, 6.
4. Féré. *Sensation et mouvement*, 1887, 21.

térie, dit M. Oppenheim, est la faiblesse irritable, une excitabilité anormale jointe à un épuisement; ces caractères se constatent surtout dans la sphère des phénomènes affectifs[1] ». M. Jolly, reprenant la conception d'Oppenheim, parle aussi d'une faiblesse nerveuse extrême qui permet l'exagération des phénomènes affectifs, mais il ajoute que cette formule manque de précision et ne résume pas les faits particuliers[2]. Nous pensons, comme cet auteur, qu'il est nécessaire de préciser ce que l'on entend par cette faiblesse cérébrale Comme les fonctions essentielles du cerveau sont des fonctions psychologiques, il faut montrer par l'analyse des phénomènes moraux en quoi consiste cette insuffisance psychologique.

Nous avons proposé autrefois d'étudier un phénomène psychologique, qui était déjà signalé d'une manière plus ou moins vague parmi les troubles du caractère des hystériques, mais qui nous paraissait l'expression principale de cette insuffisance. Il s'agit d'une faiblesse de l'attention, ou mieux d'un état de distraction perpétuelle que l'on constate facilement chez la plupart de ces malades. L'attention est lente à se fixer, pénible, s'accompagne d'accidents de toute espèce, s'épuise très rapidement, et ne donne que des résultats minimes, elle ne forme que des idées vagues, douteuses, surprenantes et inintelligibles[3]. Si on considère l'attention sous son aspect moteur, quand elle s'applique aux actions, on retrouve les mêmes caractères : les actes volontaires sont pénibles, lents, de courte durée, entrecoupés d'arrêts innombrables. Souvent même cette attention si faible semble disparaître entièrement, toute attention, tout acte volontaire devient impossible, le sujet n'est plus capable de comprendre ce qu'il lit, ni même ce qu'il entend, d'effectuer le plus petit mouvement volontaire. L'aboulie, l'aprosexie, l'hésitation, le doute, nous croyons devoir y insister, sont les caractères psychologiques

1. Oppenheim. *Op. cit.*, 1889, 3.
2. Jolly. *Op. cit.*, 12.
3. *Les stigmates mentaux des hystériques*, 137.

essentiels chez l'hystérique. Ces caractères se retrouvent plus ou moins semblables chez d'autres malades, cela est évident, mais ce n'est pas une raison suffisante pour les négliger chez l'hystérique[1].

Ces faiblesses de l'attention sont si grandes qu'elles troublent non seulement les travaux intellectuels mais modifient même la vie normale, la pensée ordinaire qui demande continuellement un certain effort d'attention. Le malade perçoit mal les faits qui se passent autour de lui, il se rend très mal compte de toutes les situations de la vie et surtout il ne perçoit qu'une très petite partie des faits, il semble toujours oublier la majeure partie des impressions qui devraient le frapper[2]. Si l'on cherche à vérifier cet état de l'esprit d'une manière plus précise, on constate qu'une femme hystérique ne peut percevoir plusieurs sensations à la fois. Dès qu'elle est occupée à sentir un phénomène, elle devient indifférente à toutes les autres excitations faites sur des parties du corps et sur des organes ordinairement sensibles. Elle présente la même distraction pour les souvenirs et pendant qu'elle pense à une idée, elle oublie toutes les notions opposées qu'elle savait fort bien l'instant précédent. Enfin on constate le même caractère dans ses actes et ses mouvements; elle ne fait volontairement qu'un mouvement à la fois et cesse de pouvoir le faire dès qu'elle est distraite par une sensation ou un autre mouvement. Ce dernier point a été particulièrement étudié dans le travail intéressant de M. Pick[3]. Des distractions semblables existent rarement chez l'homme normal et elles ne sont produites que par une concentration excessive de la pensée sur un problème compliqué ; chez l'hystérique, elles se produisent d'une façon beaucoup plus simple. « C'est un état exagéré de *distraction*, qui n'est pas

1. *Les stigmates mentaux des hystériques*, 123.
2. *Automatisme psych.*, 188.
3. A. Pick. Ueber die sogenannte « conscience musculaire » (Duchenne). *Zeitschrift für Psych. und Physiol. der Sinnesorgane*, IV, 1892. Cf. *Stigmates mentaux de l'hystérie*, 168.

momentané et ne résulte pas d'une attention volontaire dirigée uniquement dans un sens; c'est un état de distraction naturelle et perpétuelle qui empêche ces personnes d'apprécier aucune autre sensation en dehors de celle qui occupe actuellement leur esprit[1]. »

Nous avons essayé autrefois, non d'expliquer, mais de résumer tous ces faits très nombreux dans une formule simple. La vie psychologique n'est pas uniquement constituée par une succession de phénomènes venant à la suite les uns des autres, formant une longue chaîne qui se prolonge dans un seul sens. Chacun de ces états successifs est en réalité complexe; il renferme une multitude de faits plus élémentaires et ne doit son unité apparente qu'à la synthèse, à la systématisation de tous ces éléments. Nous avons proposé d'appeler « *champ de conscience* ou étendue maximum de la conscience » le nombre le plus grand de phénomènes simples, ou relativement simples, qui peuvent être réunis à chaque moment, qui peuvent être simultanément rattachés à notre personnalité dans une même perception personnelle[2]. » Ce champ de conscience ainsi entendu est fort variable : Un chef d'orchestre entendant simultanément tous les instruments, et suivant par la lecture ou par la mémoire la partition de l'opéra, réunit dans chacun de ses états de conscience un nombre immense de faits. L'individu endormi qui rêve, le malade pendant une crise d'extase, n'ont au contraire dans la pensée consciente qu'un nombre de faits très restreint. Il est facile de voir, en étudiant la distraction des hystériques, que leur champ de conscience semble très petit, il est rempli tout entier par une seule sensation relativement simple, un seul souvenir, un petit groupe d'images motrices et ne peut plus en contenir d'autres en même temps. Ce rétrécissement du champ de la conscience n'est qu'une manifestation de l'épuisement cérébral général que l'on a souvent admis. Cet épuisement nous

1. *Autom. psych.*, 189.
2. *Ibid.*, 194.

semble décrit avec plus de précision quand nous disons : *c'est une faiblesse morale particulière consistant dans l'impuissance que présente le sujet faible de réunir, de condenser ses phénomènes psychologiques, de les assimiler à sa personnalité*[1].

Cette remarque permet de grouper un grand nombre de faits, de traits de caractère qui ont bien souvent été signalés chez les hystériques. Leurs enthousiasmes passagers, leurs désespoirs exagérés et si vite consolés, leurs convictions irraisonnées, leurs impulsions, leurs caprices, en un mot, ce caractère excessif et instable nous semblent dépendre de ce fait fondamental qu'elles se donnent toujours tout entières à l'idée présente, sans aucune de ces réserves, de ces restrictions mentales qui donnent à la pensée sa modération, son équilibre et ses transitions. « C'est encore au rétrécissement du champ de la conscience, disait M. Laurent[2], qu'il faut attribuer chez l'hystérique la peur, l'étonnement, l'émotivité, les manifestations de l'intensité des impressions. Une impression donnée devant effacer brusquement les idées antérieurement existantes, l'hystérique se trouve dans la situation de l'homme qui apprend tout à coup ou qui voit quelque chose à quoi il ne s'attend pas. Cette impression chasse les autres idées et, dominant l'intelligence, cause, selon sa nature, l'étonnement, la peur, la joie ; n'étant contre-balancée par rien, aucun raisonnement ne survenant, l'expression instinctive de la pensée vient se manifester. » Les mêmes remarques peuvent s'appliquer aux impulsions subites de ces malades et à leurs changements brusques ; c'est là simplement l'expression psychologique un peu plus précise de ce que l'on décrivait d'une manière vague sous le nom de faiblesse irritable.

Nous croyons que l'on peut aller plus loin et que les stigmates, l'anesthésie elle-même, peuvent être considérés comme une dépendance de ce caractère psychologique.

1. *Automatisme psych.*, 454.
2. L. Laurent. *États seconds*, 1892, 127.

L'anesthésie se comporte comme une distraction; elle est variable, mobile; elle disparaît souvent quand on peut provoquer un effort d'attention du sujet. Elle n'est ni profonde ni complète, car elle laisse subsister des sensations élémentaires sous forme de phénomènes subconscients faciles à constater dans bien des cas. On peut produire par les distractions elles-mêmes des insensibilités qui ont tous les caractères des anesthésies hystériques. Quand la répartition de l'anesthésie se modifie, ce qui est très fréquent, on constate des alternances, des équivalences dans les sensations disparues. « La sensibilité, disait autrefois Cabanis, semble se comporter à la manière d'un fluide dont la quantité totale est déterminée, et qui, toutes les fois qu'il se jette en plus grande abondance dans un de ses canaux, diminue proportionnellement dans les autres[1]. » Si vous contraignez le sujet, en attirant son attention, à retrouver la sensibilité du côté gauche, il la perd du côté droit. Obtenez-vous la sensibilité tactile totale, le rétrécissement du champ visuel augmente tellement que le sujet devient momentanément aveugle, ainsi que je l'ai observé plusieurs fois sans l'avoir prévu. Voulez-vous élargir le champ visuel, l'anesthésie tactile augmentera. Ces modifications arrivent souvent d'une manière spontanée et certains sujets semblent avoir le choix entre plusieurs formes d'anesthésies équivalentes. Ces alternances n'existent pas seulement pour les anesthésies, mais pour bien d'autres phénomènes, et c'est pourquoi les hystériques ne sont pas guéries quand on leur a plus ou moins complètement supprimé un symptôme. La faiblesse de leur pensée subsiste et elles perdent d'un côté ce qu'elles ont semblé regagner d'un autre. La localisation de l'anesthésie peut dépendre d'une suggestion ou d'une idée fixe, mais l'anesthésie en elle-même et les stigmates en général sont des manifestations de l'insuffisance de la perception personnelle, du rétrécissement du champ de la conscience.

1. Cabanis. Histoire des sensations dans l'étude sur le rapport du physique et du moral. *Œuvres complètes*, 1824, III, 153.

M. J. Héricourt, quand il résumait notre étude sur l'anesthésie hystérique, a employé une expression très heureuse qui exprime bien notre pensée. « *C'est par une sorte de paresse que le personnage principal supprime toute une série de sensations, celles qui lui sont le moins indispensables, afin de limiter le champ d'une activité dont il aurait quelque peine à faire les frais... ce rejet de tout un groupe d'éléments psychiques gênants constituerait une sorte d'autotomie psychologique spontanée dont il existe d'ailleurs des cas non douteux.* Ainsi, on sait que les personnes qui louchent d'un œil suppriment complètement la vision de l'œil atteint par le strabisme et ne voient en réalité que d'un œil, bien que leurs deux yeux soient également sensibles aux impressions rétiniennes [1] ». Nous pensons donc que l'on peut résumer les stigmates par la formule suivante : « *Les choses se passent comme si les phénomènes psychologiques élémentaires étaient aussi réels et aussi nombreux que chez les individus normaux, mais ne peuvent pas, à cause du rétrécissement du champ de la conscience, à cause de cette faiblesse de la faculté de synthèse, se réunir en une seule perception, en une seule conscience personnelle* [2].

Cette nouvelle conception à laquelle nous avons été amené par l'étude des stigmates est loin d'être en opposition avec les conclusions de nos précédentes études sur les accidents. Le dédoublement de la personnalité est bien plutôt la conséquence immédiate de cette faiblesse de synthèse psychologique. Celle-ci laisse subsister des phénomènes psychologiques, mais ne les réunit pas à l'idée de la personnalité. On peut se représenter les faits de somnambulisme et les actes subconscients, comme des groupements secondaires, des systématisations accessoires de ces phénomènes psychologiques négligés. « *Les choses se passent comme si le système des phénomènes psycholo-*

1. J. Héricourt. L'activité inconsciente de l'esprit. (*Revue scientifique*, 1889, II, 262.)
2. *Automatisme psychologique*, 364.

giques qui forme la perception personnelle chez tous les hommes était chez ces individus désagrégé et donnant naissance à deux ou plusieurs groupes simultanés ou successifs, le plus souvent incomplets et se ravissant les uns aux autres les sensations, les images et par conséquent les mouvements qui doivent être réunis normalement dans une même conscience et un même pouvoir[1]. La suggestibilité elle-même et les maladies par représentation se rattachent à cette conception générale : le développement exagéré de certaines idées dépend de leur isolement, et cet isolement est une conséquence du rétrécissement du champ de la conscience. L'exaltation des phénomènes automatiques résulte le plus souvent d'une diminution dans la puissance de l'activité volontaire qui réunit à chaque instant de la vie les phénomènes présents. C'est l'ensemble de ces conceptions que nous avions désigné sous le nom de *désagrégation mentale* et il semble encore, d'après les analyses précédentes, que cette idée puisse fournir le moyen de résumer un grand nombre de phénomènes hystériques.

Plusieurs auteurs ont accepté ce résumé des faits et l'ont complété par de nouveaux exemples. M. Pick considère la *diminution de la puissance d'attention, le rétrécissement de la perception personnelle auquel il ajoute le rétrécissement de l'impulsion motrice, comme la caractéristique de l'hystérie*[2]. M. Laurent s'exprime à peu près de même : « Nous disons hystérique, car aujourd'hui c'est le seul mot scientifique pour désigner le rétréci mental, le *minus habens conscientiæ*, si nous pouvons exprimer ainsi l'état mental de cet individu très intelligent peut-être, mais dont toutes les facultés mentales sont marquées d'un stigmate plus fixe certainement qu'aucun de ceux que l'on est habitué à rechercher dans l'hystérie[3]. »

Sans doute ce rétrécissement du champ de la conscience doit se retrouver chez un grand nombre de malades, chez

1. *Ibid.*, 364.
2. Pick. *Op. cit.*, 1892, 190, 208.
3. Laurent. *Les états seconds*, 1893, 154.

beaucoup d'aliénés (nous ne pensons pas qu'il faille dire chez tous) chez les neurasthéniques, chez les stupides, chez les imbéciles même et les idiots. Faudra-t-il en conclure que nous avons complètement confondu l'hystérique avec l'idiot? Autant dire que le naturaliste confond le chien et le lézard parce qu'il les appelle tous deux des vertébrés. Le rétrécissement du champ de conscience est un grand caractère pathologique qui se manifeste de mille manières différentes. Toutes les descriptions et les études contenues dans cet ouvrage ont essayé de montrer comment ce caractère se manifeste chez l'hystérique. Nous rappelons seulement ici que les phénomènes psychologiques élémentaires subsistent presque sans modifications, qu'une partie d'entre eux se sépare *complètement* de la personnalité, ce qui donne lieu à des anesthésies, des amnésies, des paralysies bien nettes, que ces phénomènes dissociés s'agrègent entre eux pour former des états psychologiques distincts de la conscience normale. Nous ne croyons pas que la faiblesse de la synthèse psychologique se manifeste bien souvent sous cette forme en dehors de l'hystérie.

§ 4. — L'HYSTÉRIE, MALADIE MENTALE.

« Nous disons hardiment, écrivait Brachet, en 1847, non, le cerveau n'est pas essentiellement lésé dans l'hystérie [1]. » Depuis cette époque, les opinions ont singulièrement changé; il est rare de trouver aujourd'hui des médecins qui considèrent l'hystérie comme une maladie des organes génitaux et qui enlèvent les ovaires aux femmes pour les guérir de leurs idées fixes. « Il est évident, dit M. Jolly, que, dans le cours des temps, la théorie de l'hystérie s'est de plus en plus rapprochée d'une interprétation psychique [2]. » « Les paralysies par segment de membre, disait M. G. Guinon, sont des phénomènes cérébraux, l'hémianes-

1. Brachet. *Hystérie*, 294.
2. Jolly. *Op. cit.*, 11.

thésie également; l'état mental, syndrome important chez les hystériques, relève directement d'un trouble du fonctionnement du cerveau. Il faut donc admettre que l'hystérie est une névrose particulièrement cérébrale[1] ». « L'hystérie n'est qu'une manière de fonctionner du cerveau, écrit M. Sollier,... il n'y a pas une maladie hystérique,... c'est le mécanisme cérébral qui est hystérique, ce n'est pas l'affection[2]. » Dans le récent *Dictionnaire de médecine mentale* de M. Hack Tuke, les deux articles consacrés à l'hystérie aboutissent à cette même conclusion. « L'hystérie, d'après M. Donkin, est un désordre ou un développement défectueux des centres fonctionnels les plus élevés de l'écorce cérébrale.... On court moins de risque de se tromper en considérant l'hystérie comme une espèce de folie, qu'en cherchant à grouper les phénomènes autour d'un symptôme physique de cette maladie[3]. Dans le même ouvrage, MM. Charcot et Marie rattachent également l'hystérie à un trouble dans le fonctionnement des régions cérébrales les plus élevées. L'hystérie est moins, d'après eux, une maladie dans le sens ordinaire du mot « qu'un mode particulier de sentir et de réagir[4]. » Toutes les études que nous avons faites jusqu'à présent nous amènent aussi à faire rentrer l'hystérie dans le groupe des maladies mentales. Il faut cependant examiner les difficultés que présente une semblable assimilation, non pour les résoudre complètement, mais pour nous rendre compte de la valeur pratique de notre définition toute provisoire de l'hystérie.

Pour critiquer notre définition, qui tend à faire de l'hystérie une maladie mentale, on nous permettra de suivre une vieille méthode qui remonte à la scholastique, mais qui est assez précise. *Conveniat toti et conveniat soli defi-*

1. Georges Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*, 1889, 354.
2. Sollier. *Amnésies*, 1892, 323.
3. Donkin. Hysteria. *Dictionary of psychological medicine*, I, 619.
4. Charcot et Marie. Hystero-epilepsy. *Dictionary of psychological medicine*, 1892, I, 628.

nito, disait-on d'une définition. Nous chercherons d'abord si les conceptions précédentes sont assez larges pour s'appliquer à toutes les hystériques, c'est-à-dire pour contenir tous les symptômes que ces malades peuvent présenter, et ensuite si elles sont assez précises pour caractériser l'hystérie seule et la distinguer des autres maladies de l'esprit.

Considérons d'abord le premier point : la conception de l'hystérie, considérée comme une maladie mentale, résume-t-elle tous les symptômes de cette maladie? Sans doute, un grand nombre de phénomènes, décrits autrefois comme physiques, sont aujourd'hui regardés comme psychologiques; les paralysies, les contractures, les chorées, les hyperesthésies, les anesthésies sont des symptômes moraux. Mais il existe d'autres accidents hystériques dont l'interprétation psychologique est beaucoup moins avancée et même beaucoup moins vraisemblable; nous croyons pouvoir les ranger dans trois catégories principales : 1° les accidents viscéraux de l'hystérie; 2° les troubles vasomoteurs et sécrétoires; 3° les troubles trophiques.

Les accidents viscéraux sont très nombreux chez les hystériques, et même chez quelques malades ils sont tout à fait prédominants. Rappelons seulement les palpitations cardiaques et même certaines altérations dans les battements du cœur, la fièvre hystérique déjà signalée par Briquet[1] et qui, aujourd'hui, attire justement l'attention, les toux nerveuses, les sanglots, les hoquets, toutes sortes de modifications du rythme respiratoire. Ces malades m'ont souvent semblé présenter d'une manière exagérée un type de respiration particulier : le type costo-supérieur; les côtes inférieures et le diaphragme paraissent quelquefois absolument immobilisés, les altérations dans les mouvements du diaphragme sont d'ailleurs extrêmement fréquentes. Cependant, on sait que les accidents les plus nombreux portent sur le système digestif; il est facile de constater des anorexies de diverses espèces, des troubles de la déglutition, des spasmes de l'œsophage à diverses

1. Briquet. *Op. cit.*, 493.

hauteurs, des vomissements, puis des phénomènes intestinaux, des diarrhées aussi bien que des constipations, des ballonnements du ventre, des paralysies ou des spasmes des sphincters, des troubles du même genre dans l'émission et même dans la sécrétion des urines, etc. L'ischurie hystérique est l'un des plus importants de ces phénomènes; « le fait capital est ici une diminution considérable du chiffre des matières excrémentitielles, malgré la présence de l'urée dans les vomissements[1] ».

Les altérations des fonctions vaso-motrices sont déjà manifestes dans les troubles si communs des phénomènes menstruels, dans ces hémorrhagies supplémentaires si singulières qui se font par le nez, par l'estomac et même par le poumon. Mais on peut également les constater à la surface cutanée et dans les organes périphériques. Beaucoup de malades ont sur la peau des plaques rouges légèrement saillantes qui apparaissent avant ou après les attaques et qui persistent plus ou moins longtemps, beaucoup présentent un gonflement notable des glandes vasculaires. Le goitre vasculaire est fréquent chez les hystériques et chez quelques-unes il se développe subitement à la suite d'une attaque ou d'une émotion. Enfin, les réflexes vasomoteurs ne sont pas toujours normaux; il ne s'agit pas ici, bien entendu, d'expériences physiologiques qui sont, comme on sait, extrêmement contestables, mais de simples constatations cliniques; les piqûres ne saignent pas, les pincements, même légers, provoquent des ecchymoses exagérées, l'application d'un objet légèrement chauffé amène des brûlures, etc., et ces phénomènes ne sont pas identiques, si on opère du côté anesthésique ou du côté sensible. Enfin, il suffit de signaler les phénomènes si curieux de la peau dermographique. Nous n'avons pas l'intention d'analyser ici toutes ces observations, nous voulons seulement les rappeler.

On connaît l'observation étonnante de sécrétion laiteuse

1. Charcot. *Mal. du syst. nerv.*, I, 278, 296.

rapportée par Briquet[1]; peut-être trouverait-on des faits semblables dans les cas de « sein irritable » signalés par plusieurs auteurs. Mais, sans rechercher des observations aussi rares, on constate bien souvent des troubles de sécrétion chez les hystériques. Les magnétiseurs avaient fait sur ce point des remarques fort exactes. « Je signalerai, disait Despine, quelques phénomènes peu connus qui me paraissent se rattacher à la non-perspirabilité de la peau qu'on rencontre généralement chez les personnes atteintes de ces affections nerveuses graves et que j'ai rencontrés chez toutes mes cataleptiques : la sécheresse et le crépu des cheveux, la chaleur brûlante de la peau..., la nullité d'odeur du cuir chevelu, ainsi qu'aux aisselles et aux pieds...[2] ». Il est vrai, en effet, que les sécrétions sudorales sont souvent très diminuées, mais on peut constater aussi le fait opposé; nous avons vu une femme hystérique anesthésique totale qui avait continuellement, pendant deux ans, des sueurs extraordinaires, capables de mouiller ses vêtements, et dont les sueurs disparurent subitement quand des attaques délirantes se sont développées à la suite d'une émotion. N'a-t-on pas signalé des sueurs colorées chez des hystériques[3]? Toutes les autres sécrétions peuvent présenter des modifications pathologiques.

Les études précises sur les atrophies hystériques sont récentes, mais le fait, dans sa généralité, est d'observation ancienne. Despine (d'Aix), dans le même passage que nous venons de citer, décrivait également, peut-être avec un peu de naïveté, « le velu extraordinaire des jambes, bien supérieur à ce qu'il est dans le commun des femmes, la presque nullité de croissance dans les ongles des mains et des pieds et particulièrement dans les membres qui sont le plus atteints de paralysie.... Une malade remarquait elle-même qu'elle

1. Briquet. *Op. cit.*, 481.

2. Despine (d'Aix). *Traitement des maladies nerveuses par le magnétisme*, 1840, 222. Même remarque dans l'ouvrage curieux du Dr Pétetin *sur l'électricité animale*, p. 110.

3. V. Fouré. *De la chromhydrose*. Thèse 1891, 42.

ne se coupait qu'une fois les ongles de la main gauche, tandis qu'elle était obligée, dans le même temps, de les couper trois fois du côté droit[1] ». Il suffit de rappeler les beaux travaux de M. Charcot, de M. Babinski, de MM. Gilles de la Tourette et Dutil, de M. Souques sur l'atrophie musculaire chez les hystériques. Ce sont là des phénomènes qui demandent encore, à notre avis, bien des études, mais qui semblent cependant dès aujourd'hui se rattacher légitimement à la maladie hystérique.

Ce court résumé a simplement pour but de montrer qu'en rattachant l'hystérie au groupe des maladies mentales, nous n'oublions pas les nombreux symptômes organiques que l'on constate chez ces malades. Comment devons-nous les interpréter? Ces faits nouveaux doivent-ils nous faire renoncer aux définitions précédentes? Remarquons, d'abord, qu'un certain nombre de ces faits doivent probablement se rattacher à des idées fixes persistantes, plus ou moins consciemment, ainsi que les paralysies et les contractures expliquées par M. Charcot. En montrant l'importance de l'isolement dans le traitement de l'anorexie hystérique, M. Charcot montrait que l'élément psychique joue, dans cette maladie, un rôle prédominant[2]. « A notre avis, écrivait M. Sollier, il n'y a qu'une sorte d'anorexie nerveuse, c'est l'anorexie mentale[3]. » Nous aurions peut-être ici quelques restrictions à faire, car toutes les anorexies ne sont pas semblables; si beaucoup de malades refusent de manger par idée fixe, d'autres acceptent la nourriture, puis la rejettent à cause de certains spasmes de l'œsophage, de l'estomac, du diaphragme ou même des muscles de l'abdomen. Ce ne sont pas toujours des phénomènes absolument semblables, mais il n'en est pas moins vrai que ces spasmes eux-mêmes peuvent être provoqués et modifiés d'une façon plus ou moins directe par les idées du sujet, ainsi que l'on peut le montrer très nettement par des expé-

1. Despine (d'Aix). *Op. cit.*, 222.
2. Charcot. *Mal. du syst. nerv.*, III, 238.
3. Sollier. L'anorexie hystérique. (*Revue de médecine*, 1891, 626.)

riences de suggestion. Des expériences du même genre ont provoqué des modifications des règles, des modifications vasculaires graves, capables de produire sur la peau l'érythème d'un sinapisme ou les phlyctènes des brûlures[1]. Sans doute, ces expériences sont à refaire, elles doivent être encore vérifiées et interprétées, mais elles nous montrent au moins que nous ne connaissons pas complètement l'influence énorme de la pensée sur le corps.

La petite observation suivante nous montre un fait du même genre qui s'est produit naturellement. Isabelle, que je n'ai pas vue depuis un an, revient à la Salpêtrière, parce que depuis quinze jours elle saigne du nez tous les matins et ne sait à quoi attribuer cet accident. Mise en somnambulisme, elle raconte, ce qui a été vérifié, qu'il y a quinze jours elle s'est trouvée mêlée à une bataille qui avait lieu dans la rue; elle eut une forte émotion et se mit à saigner du nez. Depuis, elle rêve tous les matins à cette bagarre et son rêve se termine par un saignement de nez qui la réveille. La modification du rêve fit disparaître le saignement de nez, qui aurait sans doute résisté longtemps aux autres thérapeutiques. Beaucoup des phénomènes organiques que nous avons signalés pourront donc plus tard être rattachés à des idées fixes, modifiant même les fonctions viscérales.

Une deuxième catégorie de faits pourront s'interpréter autrement : les hystériques n'ont pas seulement des idées fixes, elles ont des émotions persistantes et les émotions sont des états complexes de tout l'organisme dans lesquels se mêlent intimement des phénomènes physiologiques et psychologiques. Certains troubles physiologiques de l'hystérie ressemblent tout à fait aux troubles qui accompagnent les émotions; MM. Oppenheim et Strumpell[2] ont justement insisté sur ce point. Est-il nécessaire de rappeler l'érythème

1. Beaucoup de ces expériences sont résumées d'une manière intéressante dans le travail de M. Myers. Subliminal consciousness. (*Proceedings of the Society for psychical researches*, 1892, 308.)

2. Oppenheim. *Op. cit.*, 4. — Strumpell. *Op. cit.*, 7.

émotif, la sécheresse de la bouche dans la peur, le vomissement du dégoût, l'ictère émotionnel, etc...? Nos connaissances sur la psychologie de l'émotion sont insuffisantes pour expliquer le détail des faits, mais nous en soupçonnons assez pour croire que cette étude expliquera plus tard bien des modifications, en apparence uniquement corporelles, et cette catégorie de phénomènes se rattacherait encore à notre conception générale de l'hystérie.

S'il reste des phénomènes inexpliqués, et nous croyons qu'il en reste, il faut, pour les comprendre, se souvenir de certaines remarques générales qui ont été faites sur toutes les maladies mentales. Ces maladies dépendent d'altérations inconnues du cerveau et il n'est pas vraisemblable que ces altérations, quelle que soit leur cause inconnue, soient absolument isolées dans un organisme tout à fait sain. Les actions et les réactions des diverses parties du système nerveux et même de tous les organes, les uns sur les autres, sont trop nombreuses pour qu'une insuffisance du fonctionnement cérébral ne s'accompagne pas de beaucoup d'autres troubles. On les constate dans les mélancolies et les manies, qui sont cependant considérées comme des maladies mentales, pourquoi ne les verrait-on pas dans l'hystérie? Le défaut de nutrition, la diminution des matières excrémentitielles, l'anémie, la prédisposition même aux maladies infectieuses, qui sont dans certains cas évidents, ne nous étonnent nullement dans cette maladie. Dans certains cas, on pourra constater des intoxications bien nettes, alcoolisme ou saturnisme, des infections comme la syphilis, la grippe, la fièvre typhoïde surtout, des phénomènes d'auto-intoxication, des diathèses même comme l'arthritisme qui précéderont, accompagneront et même provoqueront les phénomènes hystériques. Peut-être, un jour, ces modifications physiologiques, qui accompagnent les insuffisances cérébrales, seront-elles déterminées d'une manière assez précise pour que l'on puisse montrer un phénomène physiologique fondamental, auquel on rattachera tous les détails du délire de persécution, et un autre par lequel on expli-

quera avec précision tous les phénomènes de l'hystérie. Il y aura alors une définition physiologique de l'hystérie. Mais nous pensons qu'aujourd'hui une semblable définition serait extrêmement vague et ne contiendrait pas nettement les phénomènes caractéristiques de la maladie. Peut-on se contenter, par exemple, de répéter sans cesse le même mot « auto-intoxication » pour expliquer des contractures, des paralysies, des attaques, des délires ? On sait qu'une même intoxication peut donner naissance à des maladies cérébrales très différentes les unes des autres et il sera toujours nécessaire de décrire cliniquement leurs caractères. Si l'on admet, une fois pour toutes, qu'une maladie mentale est une maladie cérébrale et qu'elle s'accompagne toujours d'un cortège de phénomènes physiologiques, on comprendra qu'une définition psychologique est encore aujourd'hui la meilleure formule capable de résumer, simplement au point de vue clinique, la grande majorité des symptômes hystériques.

Considérons maintenant le problème d'un autre côté : cette conception de l'hystérie qui est assez générale pour embrasser la plupart des symptômes connus n'est-elle pas maintenant trop large, ne fait-elle pas rentrer sous le titre d'hystérie une quantité d'accidents qui appartiennent à d'autres maladies? Il est incontestable, M. Mœbius le remarquait déjà fort justement[1], que, depuis quelques années, le domaine de l'hystérie s'est considérablement agrandi. Ce terme ne s'appliquait d'abord qu'à des femmes présentant des douleurs, des symptômes relatifs aux organes génitaux et des attaques particulières, c'est-à-dire en réalité à un petit nombre de malades; puis il a été appliqué à des enfants, à des hommes, à des malades sans troubles génitaux et sans attaques, en un mot à un bien plus grand nombre de personnes. Nous constatons ce mouvement d'extension et nous croyons qu'il continuera encore et que nombre de tics, de douleurs, d'idées fixes seront bientôt

1 Mœbius. *Op. cit.*, 5.

rattachés très légitimement à l'hystérie. C'est là un fait curieux de l'histoire de la médecine, il a une signification importante et montre la part de plus en plus grande attribuée dans la pathologie aux phénomènes de l'esprit, l'importance que prend la psychiâtrie. Sans doute il arrivera un moment où l'hystérie sera démembrée et il n'est pas impossible de prévoir dès maintenant certaines subdivisions qui s'établiront plus tard. Il en a été ainsi pour toutes les grandes classifications médicales, pour les néphrites et les atrophies comme pour les maladies mentales. M. Paul Richer a émis récemment une hypothèse très intéressante; à côté des troubles moteurs d'origine psychique, il admet des variétés de paralysies et de contractures échappant à cette influence de l'idée et dont la lésion dynamique doit être cherchée dans les parties inférieuses de l'axe cérébro-spinal[1]. Si cette supposition se vérifiait, il y aurait lieu de séparer de l'hystérie vulgaire une maladie bien distincte. Nous ne pouvons aujourd'hui entrer dans ces distinctions, il nous suffit de chercher à comprendre d'abord les caractères communs des grands groupes. Nous désirons donc seulement préciser comment et jusqu'où nous sommes disposés à élargir le champ de l'hystérie.

L'une de ces discussions sur les limites de l'hystérie a été provoquée par l'étude du somnambulisme. Depuis que l'on s'est intéressé à ce phénomène, on a reconnu que l'on pouvait le constater et le provoquer sur un grand nombre de personnes, on s'est demandé si ces personnes étaient des malades et quelle était leur maladie. Pour étudier cette question, il faut faire d'abord une distinction aujourd'hui plus nécessaire que jamais : nous parlons du somnambulisme et non pas de l'hypnotisme. Ce dernier terme a perdu tout sens précis, il s'applique à l'enfant qui dort, au malade qui boit sa potion, aussi bien qu'au sujet ébloui par une fixation continue et à l'hystérique en attaque extatique. Nous ne nions aucunement que l'observation de tous ces faits très réels ne puisse fournir des détails intéressants

1. Paul Richer. *Paralysies et contractures hystériques*, 1892, 1.

pour l'étude du sommeil, de la foi, du vertige, des fatigues de l'attention, etc. Mais nous n'étudions pas ici toutes ces questions, nous parlons d'un fait particulier et beaucoup plus précis, du somnambulisme proprement dit. Le somnambulisme est pour nous une seconde existence psychologique nettement distincte de la première et alternant avec elle, un état dans lequel les phénomènes intellectuels sont assez développés pour que le sujet perçoive les sensations, comprenne même les signes et le langage, mais qui est cependant suivi d'une amnésie complète quand le sujet revient à l'état normal et dont les souvenirs ne se retrouvent que dans un autre état analogue.

Nous avons vu que le somnambulisme ainsi entendu se présente chez des hystériques et qu'il est environné de symptômes et d'accidents nettement hystériques; mais nous avons pu soutenir d'une manière vraisemblable une opinion plus générale et plus nette.

Le somnambulisme n'est pas seulement hystérique parce qu'il coïncide avec des symptômes hystériques; en lui-même, il présente de la façon la plus parfaite le caractère essentiel de tous les phénomènes de cette maladie, et ce seul symptôme résume à notre avis tous les autres.

Nous n'aurions quelque hésitation qu'en songeant à un accident encore incomplètement analysé, l'automatisme ambulatoire ou les fugues des épileptiques. La description de ce phénomène, que nous n'avons pas observé nous-même, ressemble singulièrement à celle du somnambulisme hystérique, et le diagnostic psychologique nous semble bien difficile. Aussi avons-nous lu avec curiosité une thèse de M. Saint-Aubin qui semblait se proposer la discussion de ce diagnostic[1]; malheureusement l'auteur ne décrit que des hystériques et n'aborde guère le problème difficile. Nous sommes obligé de nous en tenir aux signes un peu

1. Louis Saint-Aubin. *Des fugues inconscientes hystériques et diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie*, 1890.

vagues indiqués déjà par M. Jules Voisin[1], d'après les commémoratifs, la nature des accidents qui précèdent ou qui terminent l'état second. Nous insistons surtout avec cet auteur sur le caractère incoordonné, déraisonnable des actes impulsifs chez les épileptiques. Un automatisme vraiment épileptique doit être, à notre avis, très court, sans raisonnement, sans combinaison intelligente des actes, en rapport avec les circonstances et, pour avouer toute notre pensée, une fugue complète durant des journées entières, dans laquelle le sujet parle et agit en apparence comme une personne normale, nous paraît appartenir bien plus à l'hystérie qu'à l'épilepsie. Tout en tenant compte de cette difficulté qu'il était juste de signaler, nous pouvons conclure sur le premier point et dire que le somnambulisme rentre tout entier dans le domaine de l'hystérie.

On pourrait répéter la même discussion à propos de l'écriture automatique des médiums et à propos des hallucinations développées par le « crystal gazing » ; ces phénomènes se présentent le plus souvent chez des sujets qui présentent d'autres symptômes hystériques[2], et, de plus, ces phénomènes présentent en eux-mêmes ce qu'il y a d'essentiel dans l'hystérie, des anesthésies, des amnésies, des idées subconscientes, etc. Nous acceptons donc sur ce point l'élargissement du concept de l'hystérie et nous y faisons rentrer les somnambulismes, les écritures automatiques, certaines hallucinations et en général toutes ces manifestations en rapport avec des phénomènes psychologiques subconscients.

Si nous continuons ces études de diagnostic, nous rencontrons d'autres états mentaux qu'il faut comparer avec celui de l'hystérique. Dans certaines intoxications, celle du hachisch, celle de l'alcool principalement, se produisent des ivresses, des délires qui sont très souvent semblables à des états hystériques. Nous avions insisté autrefois sur la

1. Jules Voisin. Distinction de l'automatisme hystérique et de l'automatisme épileptique. *Congrès de médecine mentale*, 1889.

2. Charcot. *Op. cit.*, III, 228. — *Automatisme psych.*, 404.

suggestibilité et le dédoublement très net de la personnalité que l'on peut constater pendant le délire alcoolique[1]; depuis, M. H. Colin et M. L. Laurent[2] ont publié des observations très précises des mêmes faits. Nous pensons que, dans certains cas, la désagrégation de l'esprit causée par l'alcoolisme ou une autre intoxication peut être très durable et prendre tout à fait la forme hystérique; dans ce cas, quel que soit l'agent provocateur, il est nécessaire de reconnaître que l'on a affaire à l'hystérie[3]. Mais, le plus souvent, la distinction peut être faite soit par la nature du délire, soit mieux encore par le caractère passager transitoire de la désagrégation mentale. Ce diagnostic de l'hystérie et des délires toxiques nous apprend donc qu'il faut dans la définition de l'hystérie ajouter un élément de plus, la durée, la permanence pendant un temps assez long du dédoublement de la conscience.

L'étude d'une autre catégorie de malades soulève un problème bien plus intéressant et beaucoup plus difficile à résoudre, ce sont ces malades fort nombreux sur les frontières de la folie, qui présentent des symptômes en apparence très variés, mais ayant entre eux d'incontestables rapports, le délire du doute, la folie dite consciente ou raisonnante, les obsessions, les impulsions, les phobies, etc. Ces sujets quoique très divers ont été presque toujours réunis par les auteurs modernes en un seul groupe, mais ce groupe a reçu des noms différents suivant les théories des auteurs. En France, on désigne presque toujours ces affections sous le nom de délire des dégénérés; en Allemagne, on appelle ces malades des neurasthéniques délirants. Pour ne point prendre parti, sans une discussion suffisante, dans les querelles que soulèvent justement ces appellations, nous désignerons d'une manière vague toutes ces personnes

1. Actes inconscients. *Revue philosophique*, 1888, I, 251.
2. H. Colin. *État mental des hystériques*, 1890, 39, 41. — L. Laurent. *États seconds*, 1892, 35, 41.
3. Georges Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*, 1889, 163.

par un nom qui a déjà été souvent employé et qui leur convient bien, nous les appellerons simplement des psychasthéniques. Autrefois ces psychasthéniques, que l'on n'hésitait pas à rapprocher des aliénés, étaient nettement séparés des hystériques, simples névropathes, mais aujourd'hui que l'hystérie elle-même est considérée comme une maladie mentale, cette séparation est-elle restée aussi nette, ces deux catégories de malades doivent-elles rester dans les classifications complètement indépendantes l'une de l'autre ?

Évidemment non. Il y a, à notre avis, entre les deux groupes, les rapports les plus étroits, et c'est pour les avoir méconnus que l'on s'est engagé souvent dans des discussions interminables. D'abord il est impossible de nier qu'un très grand nombre de malades appartiennent simultanément aux deux classes : beaucoup d'hystériques, comme M. Tabaraud[1] et M. Colin[2] l'ont montré par d'excellentes observations, ont des obsessions, des impulsions, des phobies de toutes espèces. J'irai même un peu plus loin que ces auteurs en disant que ces symptômes signalés par eux chez quelques hystériques existent en réalité plus ou moins dissimulés chez presque tous. Ce sont même ces idées fixes, comme M. Charcot l'a établi autrefois, qui rendent compte des accidents de l'hystérie. Inversement, il est très difficile de rencontrer un psychasthénique qui soit, si l'on peut ainsi dire, un type pur de cette affection et qui ne présente pas des anesthésies plus ou moins nettes, des amnésies au moins transitoires, des actes subconscients, en un mot, des symptômes d'hystérie. Il existe même certains symptômes qui sont toujours communs aux deux catégories de malades, ce sont les phénomènes qui dépendent de l'aboulie. Plusieurs personnes se sont étonnées que, dans notre travail sur les stigmates mentaux de l'hystérie, nous ayons décrit les troubles de la volonté et de l'attention, les hésitations des mouvements volontaires, l'impuissance de

1. Tabaraud. *Les rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie*, 1888.

2. H. Colin. *L'état mental des hystériques*, 1890.

l'attention pour comprendre et retenir les idées comme des stigmates de l'hystérie. Ce sont, disent-elles, des symptômes appartenant aux aliénés, qui caractérisent certains mélancoliques et surtout les douteurs et les obsédés. Peut-être, car nous n'hésitons pas à reconnaître la justesse d'une critique, n'avons-nous pas dit assez nettement que ce symptôme n'était pas toujours caractéristique de l'hystérie, qu'il devait se présenter d'une manière particulière pour servir au diagnostic de l'hystérie et qu'en un mot c'était un symptôme banal appartenant à beaucoup de maladies mentales[1]. Mais, quoi qu'il en soit, nous ne croyons pas que l'on puisse retirer ce caractère de la description des hystériques; il se retrouve chez ces malades au suprême degré, il joue dans tous les accidents un rôle capital; c'est ici comme toujours l'aboulie, c'est-à-dire la diminution de la synthèse actuelle des phénomènes psychologiques, qui permet le développement de l'automatisme, c'est-à-dire la reproduction des phénomènes anciens sous la forme des idées fixes et du délire. L'aboulie est un caractère commun aux hystériques et aux psychasthéniques.

Si l'on compare des phénomènes qui, chez ces deux malades, sont incontestablement différents, on remarquera qu'il y a cependant une analogie essentielle. Il ne serait pas impossible de ranger les symptômes de ces malades deux par deux en montrant qu'à chaque symptôme hystérique correspond un symptôme psychasthénique, non pas identique, mais très analogue dans son mécanisme psychologique. Aux anesthésies correspondraient des distractions et des erreurs de sensations, aux amnésies des doutes, aux paralysies des hésitations du mouvement volontaire qui ont été quelquefois confondues avec des délires du contact, aux contractures des idées fixes, aux attaques convulsives certaines attaques d'idées précédées d'une angoisse comme d'une aura, aux somnambulismes mêmes des périodes

1. Nous avons cependant insisté sur ce point à plusieurs reprises. *Stigmates mentaux de l'hystérie*, p. 122, 231.

bizarres où le malade ne se reconnaît plus lui-même, trouve sa personnalité changée, etc., etc. Si nous étudions le mécanisme de tous ces phénomènes, nous trouvons d'un côté comme de l'autre la diminution de la synthèse et l'émancipation des phénomènes automatiques. Il nous paraît donc impossible de séparer complètement deux maladies aussi voisines; nous pensons qu'elles font partie toutes deux d'une vaste classe de maladies mentales très voisines les unes des autres et que nous avons proposé d'appeler les maladies de désagrégation mentale. « Nous sommes disposés à croire, disions-nous autrefois, que les phénomènes d'automatisme et de désagrégation dépendent d'un état qui est maladif, mais qui n'est pas uniquement hystérique. Cet état serait au contraire plus large de beaucoup que l'hystérie ; il comprendrait les symptômes hystériques parmi les manifestations, mais il se révélerait aussi par les idées fixes, les impulsions, les anesthésies dues à la distraction, l'écriture automatique et enfin le somnambulisme lui-même[1]. » Nous sommes heureux de nous trouver d'accord sur ce point avec plusieurs autres auteurs qui ont aussi affirmé cette relation des deux maladies. « *La majeure partie des hystériques, pour ne pas dire toutes*, écrivait M. Legrain, *sont des héréditaires dégénérés* », et M. Tabaraud ajoutait : « *De là à dire que l'hystérie fait en quelque sorte partie de la dégénérescence, qu'elle doit en être considérée pour ainsi dire comme un des syndromes, il n'y a qu'un pas*[2] ». « La dégénérescence et l'hystérie, disait aussi M. Roubinovitch, dans un travail présenté à la Société médico-psychologique, paraissent avoir une affinité mutuelle... ; l'hystérie paraît être ainsi le résultat d'une évolution logique de la dégénérescence[3]. » L'assimilation de l'hystérie et de la psychasthénie a frappé tous ceux qui ont étudié la nature de ces deux maladies mentales.

Rapprocher et classer, ce n'est pas confondre, bien au

1. *Automatisme psychologique*, 451.
2. Tabaraud. *Op. cit.*, 28.
3. *Annales médico-psychologiques*, 1892, II, 143.

contraire ; nous n'avons pas l'intention d'assimiler entièrement une hystérique simple, avec ses anesthésies, ses attaques et ses contractures, à un psychasthénique qui ne présente que des doutes, des impulsions et des idées fixes. Il n'y a pas entre ces deux catégories de faits la grande différence que l'on supposait autrefois en disant que les premiers étaient des phénomènes physiques et les autres des phénomènes moraux ; en réalité, ces faits sont aussi psychologiques les uns que les autres. Mais des différences importantes peuvent exister même entre des faits psychologiques. Le défaut de synthèse mentale, la désagrégation de l'esprit ne se présente pas de la même manière dans les deux cas. Dans l'hystérie, les phénomènes psychologiques ne pouvant plus être complètement réunis, se séparent nettement en plusieurs groupes à peu près indépendants l'un de l'autre. La personnalité ne peut percevoir tous les phénomènes, elle en sacrifie définitivement quelques-uns ; c'est une sorte d'autotomie, et ces phénomènes abandonnés se développent isolément sans que le sujet ait connaissance de leur activité. Aussi l'anesthésie est nette, l'amnésie est absolue, l'attaque et le somnambulisme se distinguent bien de la veille, les idées fixes ne sont pas exprimées, ni même connues par le sujet. Le délire existe dans la tête du sujet sans qu'il s'en rende compte et pendant qu'il continue à avoir un langage très raisonnable. Une hystérique crache tous ses aliments dès qu'elle les met dans sa bouche, et elle paraît faire raisonnablement tous ses efforts pour manger et rejette ses aliments malgré elle sans aucune intention, ni pensée de sa part ; on croit en la voyant, et elle croit elle-même, qu'il s'agit d'un trouble de la déglutition et d'un accident simplement physique ; on serait mal venu à déclarer qu'elle est folle. Cependant elle est en plein délire ; depuis sa dernière attaque, elle rêve continuellement que sa mère du haut du ciel l'invite à venir la rejoindre et lui commande de mourir de faim le plus tôt possible, et c'est uniquement ce délire qui provoque le vomissement. Mais ce délire est séparé de la conscience normale ; il est subcon-

scient, ignoré par les assistants et par le sujet lui-même. « Les hystériques, disent MM. Breuer et Freud, sont raisonnables dans leur état éveillé et aliénées dans leur état hypnoïde[1]. » C'est cette séparation nette des phénomènes psychologiques que l'on peut exprimer d'une manière schématique en disant que, dans l'hystérie, il y a formation de deux personnalités indépendantes; la désagrégation prend la forme de dédoublement de la personnalité.

Il en est tout autrement chez les psychasthéniques, la désagrégation mentale ne s'est pas faite de la même manière : il semble que la personnalité ne se soit pas résignée aux sacrifices nécessaires et qu'elle n'abandonne qu'en partie les phénomènes à leur développement automatique. Il n'y a plus d'anesthésie et d'amnésie bien nettes, elles sont toujours incomplètes et prennent la forme d'une distraction et d'un doute continuel. Au lieu de passer d'une idée à une autre avec une facilité extrême, en oubliant totalement l'idée précédente, le psychasthénique reste toujours indécis entre les différentes idées. Les délires, malheureusement pour le malade, ne restent pas subconscients, ils envahissent à chaque instant la conscience, se mêlent avec les autres pensées et produisent un trouble général de la pensée beaucoup plus considérable. Aussi cette malade, qui vient se plaindre en gémissant parce qu'elle pense malgré elle à tromper son mari et qu'elle est obsédée par cette idée continuelle, nous paraît beaucoup plus folle que l'hystérique qui vomit. Le sujet lui-même se sent beaucoup plus malade et n'a jamais la belle indifférence des hystériques. Quelquefois, quoique plus rarement, la désagrégation va chez ce malade jusqu'à la formation de personnalités différentes, mais elles ne sont jamais indépendantes comme chez l'hystérique. Le malade sent ce développement d'une autre personnalité en lui-même, et il parle sans cesse de possession, tandis que l'hystérique la plus dédoublée, la plus possédée en réalité, ignore le plus souvent cette division de son esprit.

1. Breuer et Freud. *Op. cit.*, 8.

Nous ne pouvons étudier ici cette nouvelle forme de la désagrégation mentale qui caractérise le psychasthénique, ni montrer son degré de gravité et ses conséquences. Il nous suffit de faire remarquer qu'elle est différente de celle qui a été constatée chez les hystériques. Nous pouvons donc conclure, comme M. Colin[1], que « l'hystérie a sa place marquée au soleil et qu'elle a des signes qui lui sont propres ». Il n'est pas nécessaire de nier le caractère moral de l'hystérie pour lui conserver sa place, il suffit de distinguer les maladies mentales les unes des autres.

Il est inutile de reprendre une discussion que nous avons déjà souvent faite sur les rapports de l'hystérie avec l'état normal. Nous avons montré que l'on retrouvait dans les distractions, les habitudes, les passions, dans l'automatisme psychologique de l'homme normal le germe de tous les phénomènes hystériques. Quelques auteurs en ont été surpris et se servent de remarques du même genre pour présenter comme personnes normales des hystériques avérées ou réciproquement. Ce rapprochement ne doit pas étonner « il faut admettre pour le moral ce grand principe universellement admis pour le physique depuis Claude Bernard, c'est que les lois de la maladie sont les mêmes que celles de la santé et qu'il n'y a dans celle-là que l'exagération ou la diminution des phénomènes qui se trouvaient déjà dans celle-ci »[2]. Ce sont ces degrés des phénomènes qu'il faut bien vouloir reconnaître pour distinguer une distraction d'une anesthésie, une émotion d'une attaque, un rêve d'un somnambulisme. La distinction sera toujours difficile si l'on se borne à étudier les cas frustes et peu nets, elle sera facile si l'on veut bien commencer l'étude par les « cas types » et comparer les autres avec ceux-ci.

Nous avons élargi sur un point le concept de l'hystérie en lui rattachant les somnambulismes et les actes subconscients. Mais nous avons limité l'étendue de cette maladie en la distinguant des délires et des aliénations qui parais-

1. Colin. *Op. cit.*
2. *Autom. psych.*, 5.

saient le plus s'en rapprocher. La désagrégation mentale est plus permanente dans l'hystérie que dans les délires, elle est beaucoup plus nette et plus complète dans cette maladie que dans les états psychasthéniques.

RÉSUMÉ

Nous n'avons pas à insister dans ce travail sur l'étiologie ni sur l'évolution de l'hystérie, il suffit de rappeler des notions bien établies. L'hérédité pathologique joue dans l'hystérie comme dans toutes les autres maladies mentales un rôle absolument prépondérant[1]. Un très grand nombre de circonstances jouent le rôle « d'agents provocateurs » et viennent manifester par des accidents cette prédisposition latente : ce sont les hémorrhagies, les maladies anémiantes et chroniques, les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde en particulier et dans certains cas les auto-intoxications, les maladies organiques du système nerveux, les diverses intoxications, les shocks physiques ou moraux, le surmenage, qu'il soit également physique ou moral, les émotions pénibles et surtout une suite d'émotions de ce genre qui se succèdent et dont les effets s'additionnent, etc. Il est facile de voir que tous ces agents provocateurs ont le même caractère, ils affaiblissent l'organisme et augmentent la dépression du système nerveux. Il est un âge surtout qui est à ce point de vue particulièrement critique, c'est l'âge de la puberté. Nous ne parlons pas seulement de la puberté physique qui a cependant une grande influence, mais d'un état qui vient un peu plus tard et que l'on pourrait appeler justement la puberté morale. Il est un âge légèrement variable suivant les pays et les milieux où tous les plus grands problèmes de la vie se posent simultanément, le choix d'une carrière et le souci de gagner son pain, tous les problèmes de l'amour et pour quelques-uns tous les

1. Briquet. *Op. cit.*, p. 84. — Georges Guinon. *Les Agents provocateurs de l'hystérie*, 1889, p. 285. — Pitres. *Op. cit.*, t. I, p. 16, etc.

problèmes religieux; voilà des préoccupations qui envahissent l'esprit des jeunes gens et qui absorbent complètement leur faible force de pensée. Ces mille influences manifestent une *insuffisance psychologique* qui reste latente pendant les périodes moins difficiles. Dans un esprit prédisposé par des influences héréditaires, cette insuffisance psychologique se développe, se constitue d'une manière particulière et se manifeste par l'ensemble des symptômes qu'on appelle l'hystérie.

Le mot « hystérie » doit être conservé, quoiqu'il ait bien changé sa signification primitive; il serait très difficile aujourd'hui de le modifier[1], et vraiment, il a une si grande et si belle histoire, qu'il serait pénible d'y renoncer; mais puisque chaque époque lui a donné un sens différent, cherchons la signification qu'il a aujourd'hui.

Pour essayer de résumer ce que nous avons emprunté à toutes ces études récentes sur l'hystérie, il suffit de réunir les conclusions de nos précédents paragraphes. « *L'hystérie*, pouvons-nous dire, *est une maladie mentale appartenant au groupe considérable des maladies par faiblesse, par épuisement cérébral; elle n'a que des symptômes physiques assez vagues, consistant surtout dans une diminution générale de la nutrition; elle est surtout caractérisée par des symptômes moraux; le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique, une aboulie, un rétrécissement du champ de la conscience qui se manifeste d'une manière particulière : un certain nombre de phénomènes élémentaires, sensations et images cessent d'être perçus et paraissent supprimés de la perception personnelle; il en résulte une tendance à la division permanente et complète de la personnalité, à la formation de plusieurs groupes indépendants les uns des autres; ces systèmes de faits psychologiques alternent les uns à la suite des autres ou coexistent; enfin ce défaut de synthèse favorise la formation de certaines idées parasites qui se développent com-*

1. Mœbius. *Op. cit.*

plètement et isolément à l'abri du contrôle de la conscience personnelle et qui se manifestent par les troubles les plus variés d'apparence uniquement physique. » Si on veut résumer en deux mots cette définition un peu complexe, on dira : « *L'hystérie est une forme de désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité.* »

Qu'il nous soit permis de répéter encore en terminant ce que nous disions au début. Une définition de ce genre n'a pas la prétention d'expliquer les phénomènes, mais simplement d'en résumer le plus grand nombre possible. Elle sera vite, nous le désirons, remplacée par une définition plus compréhensive qui contiendra tous les faits précédents et y ajoutera encore d'autres phénomènes, tels que les modifications physiologiques qui accompagnent et provoquent cette insuffisance cérébrale. Nous espérons seulement que cette définition toute provisoire pourra maintenant rendre quelques services et préciser un peu les remarques innombrables faites depuis longtemps par les médecins et les psychologiques sur l'état mental des hystériques.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION. 1

CHAPITRE PREMIER. — La suggestion et les actes subconscients. . 5

§ 1. *Description et classification*. 6
§ 2. *Les caractères psychologiques de la suggestion*. . . . 17
§ 3. *Les actes subconscients*. 30
§ 4. *Les conditions de la suggestion*. 46

CHAPITRE II. — Les idées fixes. 56

§ 1. *Description des idées fixes chez les hystériques*. . . . 57
§ 2. *Les dysesthésies et les hyperesthésies*. 69
§ 3. *Les tics et les mouvements choréiques*. 91
§ 4. *Paralysies et contractures*. 103
§ 5. *Influence des idées fixes sur les stigmates*. 134

CHAPITRE III. — Les attaques. 144

§ 1. *Attaque émotionnelle ou attaque de Briquet*. 147
§ 2. *Attaque de tics. Le clownisme*. 157
§ 3. *Attaques d'idées fixes. Les extases* 161
§ 4. *Attaque complète ou attaque de Charcot*. 171
§ 5. *L'automatisme dans l'attaque et dans les idées fixes*. 179

CHAPITRE IV. — Les somnambulismes. 191

§ 1. *Caractères généraux des somnambulismes*. 191
§ 2. *Variétés des somnambulismes au point de vue de la mémoire* 195
§ 3. *Variétés au point de vue du développement intellectuel*. 202
§ 4. *Interprétation des caractères psychologiques*. 213
§ 5. *Rapports du somnambulisme avec les autres phénomènes de l'hystérie*. 223

CHAPITRE V. — Les délires. 230

§ 1. *Exagération de l'aboulie, confusion mentale*. 231
§ 2. *Exagération des phénomènes automatiques, le délire maniaque*. 236

§ 3. *Exagération des idées fixes, le délire systématisé.* . . 241
§ 4. *Rapports du délire avec les autres phénomènes de l'hystérie* 250

Conclusion. — L'hystérie au point de vue psychologique. 258

§ 1. *L'hystérie maladie par représentation.* 260
§ 2. *Le dédoublement de la personnalité.* 263
§ 3. *Le rétrécissement du champ de la conscience* 270
§ 4. *L'hystérie maladie mentale.* 279

27695 — Imprimerie Lahure, 9, rue de Fleurus, à Paris.

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES

This book is due on the date indicated below, or at the expiration of a definite period after the date of borrowing, as provided by the library rules or by special arrangement with the Librarian in charge.

DATE BORROWED	DATE DUE	DATE BORROWED	DATE DUE

RC532
J253
1894

Janet
État mental des hystériques:
les accidents mentaux.

DATE	ISSUED TO
JUL 21 1972	BINDERY

RC 532
J 253
1894